



Estudios / Investigaciones

POLÍTICAS SOCIALES, DESIGUALDADES Y VULNERABILIDADES

Estudios de caso en el Gran La Plata

*María Susana Ortale
María Eugenia Rausky
(compiladoras)*

POLÍTICAS SOCIALES, DESIGUALDADES Y VULNERABILIDADES

Estudios de caso en el Gran La Plata

María Susana Ortale
María Eugenia Rausky
(compiladoras)

Esta publicación ha sido sometida a evaluación interna y externa organizada por la Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.

Diseño: D.C.V. Federico Banzato

Diseño de tapa: D.G.P. Daniela Nuesch

Corrección de estilo: Lea Hafter

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina

©2018 Universidad Nacional de La Plata

ISBN 978-950-34-1641-9

Colección Estudios/Investigaciones, 66

Cita sugerida: Ortale, S. y Rausky, M. E. (Coords). (2018). *Políticas sociales, desigualdades y vulnerabilidades: Estudios de caso en el Gran La Plata*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Estudios/Investigaciones ; 66). Recuperado de <https://libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/114>



Licencia Creative Commons 4.0 Internacional
(Atribución-No comercial-Compartir igual)

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Decana

Prof. Ana Julia Ramírez

Vicedecano

Dr. Mauricio Chama

Secretario de Asuntos Académicos

Prof. Hernán Sorgentini

Secretario de Posgrado

Dr. Fabio Espósito

Secretaria de Investigación

Dra. Laura Rovelli

Secretario de Extensión Universitaria

Mg. Jerónimo Pinedo

Prosecretario de Gestión Editorial y Difusión

Dr. Guillermo Banzato

Índice

| | |
|--|-----|
| Introducción | |
| <i>María Susana Ortale y María Eugenia Rausky</i> | 7 |
| Detrás de las callejeadas. Políticas destinadas a niños/as en situación de calle en La Plata, 1983-2015 | |
| <i>María Eugenia Rausky, María Laura Crego y María Laura Peiró</i> | 23 |
| “Me tiene que salir la sin aportes”: Políticas de transferencia de ingreso a la vejez en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social | |
| <i>Florencia Bravo Almonacid</i> | 59 |
| Salud pública y atención primaria de salud. Las intervenciones en una localidad de la periferia de La Plata durante 2010-2015 | |
| <i>Diana Weingast</i> | 83 |
| Derechos de mujeres y prácticas médicas. Humanización de la atención médica de partos | |
| <i>Belén Castrillo</i> | 115 |
| Voces en disputa. Abortos no punibles en Argentina: análisis de los argumentos sostenidos por referentes de los sistemas de salud y justicia | |
| <i>Hernán Caneva</i> | 151 |

| | |
|---|-----|
| Las políticas de conciliación trabajo/ familia: una materia pendiente en Argentina. Análisis a partir de las gestiones empresariales desarrolladas en una empresa petrolera en los últimos 40 años <i>Leticia Muñiz Terra</i> | 179 |
| Respuestas egoístas a propuestas altruistas. Consideraciones sobre destinatarios de programas de economía social <i>Matías J. Iucci</i> | 199 |
| El problema del acceso a la vivienda en sectores pobres: un estudio sobre la implementación del Programa Federal de Viviendas en la periferia de la ciudad de La Plata <i>Amalia Eguía, Susana Ortale y María Eugenia Rausky</i> | 217 |
| Los autores | 243 |

Introducción

María Susana Ortale y María Eugenia Rausky

Presentación

Este libro es resultado de estudios realizados en el marco de dos proyectos de investigación: “Políticas sociales en el Gran La Plata. Estudios de caso y reflexiones teórico-metodológicas” (2014-2015), acreditado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y “Género y edad en estudios de caso sobre pobreza y políticas sociales en el Gran La Plata (2007-2014)” (PIP CONICET 2012-2014).

Ambos¹ estuvieron radicados en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS), unidad de investigación del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS, UNLP/CONICET) y de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP.

Los objetivos de tales proyectos tuvieron continuidad con el interés del equipo en problemáticas que conjugan pobreza, desigualdad y políticas sociales, sobre las cuales venimos trabajando desde larga data y cuyo interés siempre ha sido develar la heterogeneidad de experiencias de quienes ocupan las posiciones más desfavorecidas de la sociedad; los mismos estuvieron dirigidos a analizar las políticas sociales implementadas en el Gran La Plata y sus efectos en las modalidades de participación de los distintos actores involucrados, en sus relaciones, en las condiciones de vida de los hogares y/o de sus miembros, considerando las particularidades étnico-nacionales, etarias y de género. El interés cognitivo estuvo ligado, además,

¹ Dirigidos por la Dra. Amalia C. Eguía y la Dra. María Susana Ortale.

al propósito de contribuir a orientar acciones del Estado encaminadas a reducir la pobreza y a remover desigualdades de distinto tipo en ámbitos domésticos, barriales y laborales.

Si bien el período abarcado se concentra en las políticas implementadas entre 2003 y 2015, algunas indagaciones se retrotraen al inicio del período democrático posterior a la última dictadura militar. Tal historización se justifica en la necesidad de reconstruir los procesos y contextos que permiten comprender los sentidos –no lineales ni unívocos– de las intervenciones sociales sobre determinada cuestión social para arribar al entendimiento de las mismas en la actualidad. Dichas aproximaciones develan los procesos conducentes a forjar determinadas representaciones (sobre los niños, el trabajo) alertando sobre miradas estáticas y ahistóricas sobre grupos, instituciones, cuestiones sociales. Frente a ellas, que suelen anclar interpretaciones en categorías fijas, abren la mirada a las posibilidades de agencia de sujetos y grupos.

De tal modo, y siguiendo a Oszlak y O'Donnell:

(...) las sucesivas políticas o tomas de posición de diferentes actores frente a la cuestión y la trama de interacciones que se van produciendo alrededor de la misma, definen y encuadran un proceso social que puede constituirse en privilegiado objeto de análisis para acceder a un conocimiento más informado sobre el Estado y la sociedad (...) y sus mutuas interrelaciones (1984, p. 108).

Orientación general de las políticas sociales del período

Con relación al período de los gobiernos kirchneristas, se reconoce ampliamente que los procesos de movilización social previos, acontecidos en nuestro país a partir de 2001 permitieron visibilizar en el espacio público un sinnúmero de reclamos por derechos al trabajo, a la salud, a la alimentación, a la vivienda. Distintas organizaciones, muchas de ellas políticas, comenzaron a desarrollar actividades territoriales relacionadas con problemáticas relativas a la inestabilidad laboral, irregularidad en la tenencia de la vivienda, precarias condiciones habitacionales y ambientales, desplegando estrategias de sensibilización sobre dichas problemáticas tendientes a su resolución, incluyendo acciones territoriales y la movilización de vecinos en los barrios.

Frente a las políticas desarrolladas en la etapa previa –en las que, tal como plantea Fernández Soto (2009), el sujeto de la política social es el pobre individualizado, ubicado en los límites de la supervivencia física, repelido de los mecanismos de integración del mercado de trabajo, sujeto definido no por los derechos que posee, sino por las carencias que individualmente demuestra, o que exhiben las zonas donde territorialmente sobrevive–, a partir de 2003 el Estado promovió políticas sociales que se diferenciaban de las previas **anteriores** (fragmentadas, asistencialistas y enfocadas a paliar la pobreza extrema) proponiendo afianzar un sistema integral de protección social que garantizara los derechos económicos, sociales y culturales, atendiendo a las contingencias que afectan a las personas en las diversas etapas de la vida, y a aquellos derechos incumplidos que reclamaban respuesta (derecho al trabajo *decente* y a un hábitat *digno*). Las mismas aspiraban a tener un carácter universal y a consolidar un modelo de ciudadanía emancipada (Bustelo, 1998). En su definición, y en la implementación de los programas, subyacían los compromisos internacionales asumidos y ratificados por nuestro país y demandas de diversas organizaciones de la sociedad civil.

Trabajo y familia –instituidos tradicionalmente como dominios naturales de varones y mujeres respectivamente– fueron los ámbitos centrales que guiaron la orientación de las acciones de desarrollo social en el país, acompañadas de políticas que buscaron fortalecer los servicios sociales universales de salud pública y, especialmente, en el ámbito de la educación. Todas ellas se acompañaron de un fuerte reconocimiento de la participación de las organizaciones de la sociedad civil en su desarrollo y del lenguaje de derechos (Arcidiácono y Zibecchi, 2008).

La estrategia oficial plantearía a las políticas laborales como un instrumento prioritario para lograr mayores niveles de inclusión social y ellas se constituirían inicialmente en el principal mecanismo articulador de la política social. A partir de esta lógica se buscaría incrementar el empleo formal como el eje de la integración social y de la expansión de las coberturas sociales, sin descuidar el sostenimiento de los programas de transferencia de ingreso.

En el año 2009, luego de la crisis mundial, el gobierno nacional reorientó las políticas socio-laborales iniciadas en el año 2003. Es así como en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Local y Economía Social, se lanzó el Programa Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja” (PIScT), teniendo como

requisito conformar cooperativas de trabajo. El propósito de este programa fue “la promoción del desarrollo económico y la inclusión social” generando “nuevos puestos de trabajo genuino, con igualdad de oportunidades, fundado en el trabajo organizado y comunitario, incentivando e impulsando la formación de organizaciones sociales de trabajadores”. Integrando el Argentina Trabaja, en 2013 se implementó el programa nacional “Ellas hacen”, destinado a mujeres para formar cooperativas y trabajar en la mejora de sus barrios, capacitarse y terminar sus estudios primarios y/o secundarios. Respecto de esos y otros programas de desarrollo socio-productivo, se plantea el problema de la sostenibilidad de los emprendimientos del sector de la Economía Social (Hoop, 2010).

Los lineamientos iniciales de las políticas laborales, que intentaban ampliar sobre bases más amplias el seguro social contributivo de cuño bismarckiano, se revelaron estructuralmente limitados y escasamente desmercantilizadores, en la medida en que sostenían la centralidad del principio contributivo como eje organizador de la protección social (Alonso y Di Costa, 2011). Con relación a ello, estos autores plantean que el mayor salto en las políticas sociales de la gestión kirchnerista se daría en torno del principio contributivo del seguro social: en la cobertura de jubilaciones y pensiones (“Plan de inclusión provisional”); así como, ya durante la gestión de Cristina Fernández, por la universalización de las asignaciones familiares (Asignación Universal por Hijo). Ambas iniciativas de amplios alcances introducen cambios significativos con el principio contributivo como mecanismo central para acceder a la protección social. Instalan puntos de ruptura con los patrones de funcionamiento tradicionales del sistema de políticas sociales incorporando al compromiso redistributivo a los trabajadores informales y desocupados.

Para el año 2004, más de un 30% de los adultos mayores de 65 años no percibía jubilación. El incremento del número de jubilados y también de beneficiarios de pensiones no contributivas implicó un notable salto en el padrón de jubilados y pensionados, siendo las mujeres las más beneficiadas por esta política.

De tal modo, al estar dentro del ámbito de la seguridad social, cuyo principio de estructuración es la contribución, origina derechos, otorgando el status jurídico de jubilado a grupos antes excluidos.

Si bien la universalización del Plan de Inclusión Previsional ha resultado limitada (aparece garantizado solo para una cohorte) ha sentado las bases para operar una ruptura más amplia con los requisitos ocupacionales como mecanismo de acceso a la protección social.

Respecto de las familias, fue a través de su protección y promoción que se tendía a “la integración social, la protección de los derechos, el desarrollo pleno de todos sus miembros y la inclusión social”. Uno de los núcleos de respuestas oficiales estuvo vinculado con la asistencia alimentaria en diferentes modalidades y otro con la generación de niveles mínimos de ingresos a través de diferentes planes de transferencia con condicionalidades (PTC), cuestionados por algunos autores (Cruces, Epele y Guardia, 2008; Pautassi y Zibecchi, 2010).

Si bien las políticas que había llevado a cabo el Estado durante los primeros años de la gestión kirchnerista (Seguro de Empleo y Capacitación, Plan Familias por la Inclusión Social –producto de la reconversión del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados) produjeron mejoras en la situación socioeconómica de las familias, reduciendo los niveles de pobreza e incrementando la ocupación, todavía persistían situaciones de desigualdad que había que atender.

Los índices de inflación observados a partir de 2007, la brusca desaceleración económica desde el último trimestre de 2008 y el incremento de la pobreza, fueron el acicate para la implementación de otro PTC que instaura también una ruptura con el principio contributivo: la “Asignación Universal por Hijo para la Protección Social” (AUH), focalizado en los niños cuyos padres no fuesen asalariados registrados, extendiendo las asignaciones por hijo a trabajadores informales y a desocupados.

Cabe decir que en 2008 la incidencia de la pobreza en el grupo de 0 a 14 años era muy superior a la incidencia entre los adultos, habiéndose profundizado la brecha respecto de años anteriores (CEPAL, citado por Cecchini y Martínez, 2011). El establecimiento en 2009 de la AUH vino a subsanar tal situación (González, 2010), quebrando la segmentación inequitativa de las transferencias de asignaciones familiares existente hasta el momento.

Se optó así por universalizar un mecanismo de protección social no contributivo a partir del subsistema de la seguridad social, colocando las nuevas asignaciones bajo la administración de este. La AUH representó el reconoci-

miento de un derecho para todos los niños/as, independientemente del lugar que ocupen sus padres en el mercado de trabajo.

Los cambios observados permitieron reparar la principal inequidad que ha caracterizado a la seguridad social latinoamericana y argentina en particular: una cobertura restringida a los trabajadores formales y a quienes pudieran acreditar un historial laboral estable y regular. De aquí que, además del carácter universal, atenúan la desigualdad categorial (Tilly, 2000), puesta de manifiesto en la diferenciación aportante/no aportante. En tal sentido, la noción de desmercantilización resulta útil para caracterizar al Plan de Inclusión Previsional como la Asignación Universal por Hijo.

La condicionalidad de la AUH se sustenta –como otros PTC utilizados por una elevada proporción de países latinoamericanos– en una perspectiva tendiente a aliviar situaciones de pobreza actual pero también y fundamentalmente –y en esto reside su particularidad y diferencia respecto de las políticas previas– a la ruptura de su reproducción generacional.

Estos programas asignan una suma de dinero a las familias de menores recursos para financiar parte de su consumo a cambio de que cumplan ciertas condiciones relacionadas con la inversión en “capital humano”. En general, la mayoría de los mismos condiciona las transferencias al cumplimiento de la asistencia escolar de la población menor de edad y la realización regular de controles de salud en niños y embarazadas. Su meta, además de reducir la pobreza en el corto plazo, es acrecentar el “capital humano” y romper con el “círculo vicioso de la pobreza” en el largo plazo.

En síntesis, las críticas de las que han sido objeto los PTC se relacionan con el haber regresado a las mujeres a la esfera privada, colocándolas en una situación de inferioridad para la participación política y social (Pauttasi, 2009; Zibechi, 2008). También, con el hecho de estar basados en un diseño conceptual que revela una interpretación paternalista y desde arriba de las necesidades de los sectores pobres, cuyos patrones de comportamiento son considerados obstáculos en la superación de la pobreza, por lo que se pretende modificarlos, a través del cumplimiento de una serie de obligaciones a fin de ser merecedores de la ayuda (Bayón, 2013).

Para comprender y dimensionar el alcance de este escenario en términos de avances en el logro de la equidad de género y las conquistas en el campo de los derechos de niños, adolescentes y adultos mayores de hogares pobres

—excluidos normativamente de las lógicas reproductivas y productivas y por tanto subordinados y desiguales en distintos sentidos—, consideramos que el análisis de las relaciones que establecen los individuos en el seno del hogar y en otros ámbitos sociales posibilita desbrozar la complejidad de las desigualdades sociales y de la heterogeneidad de las condiciones de vida en la pobreza.

Con relación a la vida en la pobreza, las implicancias de la concentración de los hogares pobres en sectores periféricos de la ciudad, con infraestructura y servicios deficitarios, en su vida cotidiana, en las sociabilidades, en la salud de sus integrantes, en las relaciones intra y extrabarriales, desempeñan un papel clave en la (re)producción de la desigualdad social. La segregación urbana tiene múltiples repercusiones en la vida social y en la dimensión simbólica de la segregación.

Cabe entonces mencionar otra de las políticas sociales que, reconociendo un piso de protección social alineado a un conjunto de derechos (vivienda, servicios e infraestructuras): el Plan Federal de Viviendas, el que ha contribuido a disminuir el déficit habitacional, facilitando el acceso a una vivienda y ofreciendo soluciones de infraestructura básica.

Asumimos que cualquier iniciativa encaminada a remover desigualdades y a establecer relaciones sociales más equitativas deberá tener en cuenta que todos los espacios (hogar, trabajo, escuela, barrio, instituciones de salud) son productores/reproductores de órdenes de clase, de género, de edad, etc., y que la intervención en alguno de ellos tendrá eco —reacciones, limitaciones, negociaciones— en los otros.

En tanto las desigualdades sociales, étnicas, de género y edad se construyen desde dimensiones económicas y culturales, la identificación analítica de las políticas sesgadas, sea hacia la redistribución o hacia el reconocimiento de las diferentes problemáticas y necesidades de esos grupos, permite identificar en qué medida contribuyen o no a la discriminación y/o al mantenimiento de la desigualdad (Fraser, 1997).

En tal sentido, y como señalamos arriba, en los capítulos se refleja la indagación en las modalidades de participación de hombres y mujeres de distintos grupos de edad, tanto en políticas sectoriales como en programas sociales destinados a grupos específicos y su repercusión, sea en las condiciones de vida de los hogares, en la situación de sus miembros y/o en la conformación de identidades y de relaciones sociales y políticas.

Breves consideraciones sobre los capítulos

Como enunciamos inicialmente, siguiendo las líneas de investigación que llevan adelante los integrantes del equipo, quienes analizan políticas sectoriales (trabajo, salud, educación, alimentación, vivienda) y políticas dirigidas a grupo poblacionales vulnerables (barrios pobres, niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle, adultos mayores) o las dinámicas entre los actores involucrados (Estado, organizaciones políticas o sociales, referentes barriales, destinatarios), en este libro presentaremos el análisis realizado por algunos de ellos.

Se cree que en el marco de un contexto de *institucionalización y formalización* de la política social, se vuelve clave desentrañar las condiciones objetivas y los sentidos implicados en los procesos de implementación de tales políticas.

A fin de comprender y dimensionar el alcance de tal escenario en términos de avances en la superación de la pobreza, de la vulnerabilidad y de la exclusión, en el logro de la equidad de género y de derechos de niños, adolescentes y adultos mayores de hogares pobres —excluidos normativamente de las lógicas reproductivas y productivas y por tanto subordinados y desiguales en distintos sentidos—, planteamos actualizar conocimientos sobre algunas problemáticas previamente indagadas e incorporar otras cuya novedad deriva de cambios legislativos que avanzaron en el reconocimiento de derechos.

La obra contiene el análisis de las siguientes políticas sectoriales: trabajo, salud, educación y vivienda, dirigidas a grupo poblacionales con vulnerabilidades específicas: hogares pobres, niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle, adultos mayores pobres, mujeres en edad reproductiva. Considerando las desigualdades sociales, étnicas, de género y etarias, se indagan los efectos de las mismas en las condiciones de vida, de trabajo, en las relaciones sociales, en la configuración de identidades, en la consecución de derechos económicos, sociales y culturales, meta de cualquier política social comprometida con el logro de igualdad, inclusión e integración social.

Las investigaciones, más allá de sus diferencias, tienen una perspectiva común, y es la presencia de una mirada socio-antropológica que subraya la necesidad de volver la atención sobre las prácticas, las relaciones sociales y la conformación de las subjetividades de los actores sociales implicados en políticas y programas.

Los capítulos siguen la lógica de los estudios de caso que, tal como señala Stake (2005), es sumamente rica para comprender, por ejemplo, la dinámica y funcionamiento de programas, como lo hace este libro. Se encontrarán –siguiendo la clasificación del autor– estudios de caso intrínsecos, basados en la necesidad de destacar las particularidades del objeto de estudio seleccionado y conocer sobre ese caso particular, y estudios de caso instrumentales, desde los que se destaca la necesidad de comprender procesos generales mediante el estudio de un caso particular, es decir, el caso es la excusa para dar cuenta de procesos generales.

Los trabajos, de carácter cualitativo, se basan en el análisis de múltiples fuentes de recolección y producción de información: datos estadísticos, documentos, observación y entrevistas en profundidad dirigidas a aprehender puntos de vista de destinatarios, funcionarios, técnicos y ejecutores locales de programas sociales.

Los ocho capítulos que lo integran transitan diversas cuestiones.

Con relación a la edad, una de las manifestaciones del tránsito por la experiencia de pobreza durante la infancia y la juventud, está representada por aquellos que viven y/o trabajan en las calles. La preocupación por el estudio de dicho grupo poblacional en el campo de las ciencias sociales muestra un creciente interés por su conocimiento desde al menos los años ochenta del siglo pasado.

Así, el capítulo de María Eugenia Rausky, María Laura Crego y María Laura Peiró focaliza en el análisis de los modos en que el Estado provincial y municipal han problematizado e intervenido sobre los “niños/as en situación de calle” en el ámbito de la ciudad de La Plata desde la recuperación democrática hasta el año 2015. Tal recorrido, basado en la reconstrucción de experiencias locales de intervención estatal, permite visualizar la construcción del problema de los niños en situación de calle en las últimas tres décadas, los abordajes y dispositivos que se propusieron para su atención y las concepciones que subyacen sobre la niñez y la situación de calle.

A su vez, la prolongación de la esperanza de vida ha hecho de la vejez una cuestión social. Esta etapa, caracterizada por la transición a la inactividad laboral y la disminución de las posibilidades de generación autónoma de ingresos, es particularmente problemática cuando se trata de personas pobres. En situaciones de pobreza, la vejez genera situaciones de inseguridad eco-

nómica y una mayor vulnerabilidad, pudiendo ser revertidas solo a partir de acciones estatales de protección social. Tal es la problemática abordada por Florencia Bravo Almonacid. Ella ilustra sobre las políticas de transferencias de ingreso contributivas y no contributivas dirigidas a los adultos mayores: el Programa de Inclusión Previsional, la Pensión No Contributiva a la Vejez (PNCV), el Servicio Socio Sanitario para la Tercera Edad (SATE), implementadas por distintos organismos y niveles de gobierno en el partido de La Plata. La información secundaria referida a la cobertura de los mismos, se acompaña de aquella que permite comprender las formas de acceso a los programas, las barreras que lo limitan y su importancia en las condiciones de vida de las personas mayores.

El bloque de capítulos que podríamos ubicar en el campo de la salud advierten de manera elocuente sobre la potencia que tiene aún en la organización social la naturalización del rol de las mujeres en la reproducción y en el cuidado infantil. A partir de un minucioso y prolongado trabajo etnográfico, Diana Weingast analiza el desarrollo de políticas públicas implementadas en un CAPS y sus efectos en el fortalecimiento institucional, en el control de la población, en la manifestación de conflictos entre usuarios y equipo de salud, y en el solapamiento de acciones de los tres niveles de gestión (nacional, provincial y municipal). Permite recrear el proceso de mejoras en la accesibilidad y calidad de la atención y comprender más cabalmente cómo ello se relaciona con los procesos de autoatención de problemas frecuentes en los niños.

Los siguientes capítulos se vinculan con avances legislativos recientes en los derechos sexuales y reproductivos. El capítulo de Belén Castrillo, centrado en el análisis de instrumentos que operativizan la política de humanización de la atención de partos de bajo riesgo, da cuenta de los avances de los cuestionamientos a las prácticas obstétricas hegemónicas en medicina y de los conflictos que ha generado su aplicación en maternidades públicas de La Plata, a las que asisten mayoritariamente mujeres de sectores pobres. En el capítulo de Hernán Caneva sobre abortos no punibles (ANP) en nuestro país se analizan los argumentos sostenidos por referentes de los sistemas de salud y justicia poniendo en foco las apropiaciones e interpretaciones de la ley por parte de estos dos actores. Ellas permiten entender la brecha que separa las normativas que regulan la aplicación de los ANP en nuestro país y su efectiva

realización, limitando el acceso a ANP particularmente a mujeres de grupos vulnerables. Continuando con los problemas que derivan de tal naturalización y que se manifiestan en la participación de las mujeres en el trabajo extradoméstico, Leticia Muñiz Terra y Matías Iucci presentan los resultados de sus estudios, realizados en ámbitos claramente diferentes: la primera en una empresa y el segundo en un ámbito barrial organizado alrededor de políticas de economía social. Muñiz Terra analiza, con profundidad histórica, las políticas de conciliación trabajo/familia habilitadas por una empresa petrolera (YPF). Caracteriza las políticas de gestión de la mano de obra, la organización y el manejo de la fuerza de trabajo a lo largo de tres momentos: la etapa estatal (1970-1991), el período de privatización (1991-2012) y la fase mixta (desde 2012 hasta el presente) con el objetivo de identificar si en tales etapas se desarrollaron estrategias que permitieron a las mujeres la conciliación trabajo/familia, conocer sus particularidades y sus transformaciones en el tiempo. La autora concluye sobre las debilidades de las mismas y sobre los condicionamientos que aún imprime la empresa a la incorporación de las mujeres. Iucci desplaza la indagación del trabajo de las mujeres al territorio en el que tienen anclaje un conjunto de políticas sociales nacionales ligadas a la economía social: Argentina Trabaja y el Banco Popular de la Buena Fe. Su foco además, también desplaza el interés en las posiciones, relaciones e identidades de género involucradas en el trabajo extradoméstico. Recuperando la rica y profunda experiencia de campo llevada a cabo en Berisso, se nutre de la relación entablada con una informante para reflexionar sobre los valores transmitidos por dos programas: solidaridad, altruismo, bien común, confianza, reciprocidad, compromiso, desinterés, etc. Omnipresentes en cualquier política, como en cualquier relación social, ellos sobrevuelan en los otros capítulos sin constituirse en focos de discusión como es aquí el caso. Iucci trata de cuestiones en apariencia transparentes en sus sentidos y manifestaciones, sumamente permeables al sentido común y cuyas interpretaciones, cualesquiera sean, suelen etiquetar maniqueamente tipo de personas en virtud de cualidades morales, y se pregunta acerca de cómo esto es interpretado e incorporado en la vida cotidiana de su informante.

El libro cierra con un capítulo que trata de una política que respondió, al menos parcialmente, a resolver el reconocido déficit habitacional en nuestro país, no solo de viviendas sino también de obras de infraestructura y servi-

cios. El aumento de asentamientos urbanos y villas de emergencia en la década de 1990, especialmente en las periferias de las grandes ciudades (Cravino, del Río y Duarte, 2008) revitalizó las demandas y reivindicaciones sobre el derecho a una vivienda y a un hábitat digno. Las mismas tuvieron como respuesta, a partir de 2004, el desarrollo de un Programa Federal de Viviendas, que se planteó como articulación con programas de empleo, específicamente los vinculados a las cooperativas, reduciendo el desempleo y favoreciendo la paulatina incorporación de trabajadores informales al mercado laboral formal. El “Programa Federal de Construcción de Viviendas” (PFV) incluyó un conjunto de subprogramas, uno de los cuales se implementó en Barrio Esperanza, barrio en el que desarrollamos desde 2001 tareas de investigación y de extensión. Barrio Esperanza representaba una de las tantas configuraciones espaciales producto del desarrollo segregado de la estructura urbana y de modos informales de habitar la ciudad. En el capítulo se caracterizan los cambios que se produjeron en las condiciones de vida y en las relaciones sociales en hogares pobres de dicho barrio a partir de la implementación en 2006 del Subprograma de Urbanización de Villas y Asentamientos Precarios del PFV. Se analiza la forma en que los integrantes de esos hogares experimentaron el pasaje de un asentamiento de viviendas precarias construido sobre tierras fiscales, hacia un barrio urbanizado, con acceso a servicios y con viviendas edificadas con materiales más resistentes, y se reflexiona, con base en distintas acepciones referidas a la inclusión/exclusión social, sobre los efectos del programa en la disminución de la pobreza, en el avance en el derecho a la vivienda y en la constitución de identidades sociales y de estigmatizaciones, que distinguen no solo un nosotros/otros entre el barrio y el afuera sino al interior del primero, vinculadas especialmente a las interacciones cotidianas entre “nacidos y criados” y vecinos de larga data migrantes de países limítrofes.

Cada uno de los capítulos puede dar cuenta de la gran cantidad de problemas sociales irresueltos que emergen en nuestra sociedad y que plantean lógicamente una necesidad de intervención, más aun en un período como el que aquí se analiza, en el que la visión estatista de la sociedad se ha constituido en un rasgo de la época. Analizar el ámbito de las políticas y programas sociales nos ha permitido examinar cómo el Estado va estableciendo y delineando sus agendas y tomando decisiones en distintas esferas de la vida social. Aquí se

evidencian aquellas decisiones ligadas a los intentos por enfrentar la carencia e insuficiencia de ingresos en los sectores pobres, los problemas derivados del déficit habitacional, las dificultades que conlleva la conciliación trabajo-familia, las particularidades de los procesos de salud/atención/enfermedad, en un sentido amplio, los graves inconvenientes a los que grupos de edad vulnerables y dependientes como los niños/as y los adultos mayores se ven expuestos, etc. En este sentido, cada capítulo posibilita dialogar en un nivel muy concreto –los casos de estudio– y pensar acerca de los desafíos que el Estado nacional enfrenta para promover políticas inclusivas. De su lectura transversal se desprenden algunas consideraciones que es necesario destacar. Por un lado, varios de los casos aquí expuestos dejan entrever la necesidad de recuperar las miradas que en torno a estos procesos tienen los diferentes actores que allí participan: los que diseñan, ejecutan, median y son destinatarios de las políticas, quienes evalúan y significan a las mismas de maneras muy disímiles. Consideramos que reunir estas distintas visiones contribuye a delinear un mapa complejo sobre el funcionamiento de las políticas y los programas, así como a poner de manifiesto los límites que, en distintos sentidos, presentan los modelos de políticas diseñados “de arriba hacia abajo” (Guy Peters, 1995). Por otro lado, los casos de estudio también permiten subrayar otra cuestión: la deuda que aún se arrastra para con la sociedad en términos de generar intervenciones públicas integrales que puedan resolver los complejos problemas de las sociedades de nuestro tiempo. Si bien la coordinación no garantiza integralidad per se, sí contribuye a ella, y ese es un problema que evidencian algunos capítulos: propuestas que se superponen, que se discontinúan, que piensan las áreas de la vida social de manera escindida, etc., persistiendo por tanto ciertos patrones tradicionales de funcionamiento de la política social.

Cabe enfatizar que el enfoque de derechos que orientó las políticas del período contribuyó a resignificar y a actualizar discursos sobre “viejos problemas”, expresados en “clave de derechos” (Smulovitz citado en Pautassi y Gamallo, 2012), y ocupó un lugar creciente en el campo de las disputas políticas. Ello permitió la transformación de problemas en demandas, ampliando el alcance de los derechos a prácticas previamente no reguladas y posibilitando judicializar nuevas esferas de la vida social. En concordancia con los planteos de Pautassi y Gamallo (2012), pese a los avances en materia

de reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales, resta un importante camino por recorrer: la persistencia de esquemas asistencialistas, las lógicas clientelares, la falta de participación de los destinatarios de las políticas en su construcción y las falencias en materia de información, no se han sorteado. Así, este libro busca dar indicios para pensar la cuestión social en los últimos tiempos.

Bibliografía

- Alonso, G. y Di Costa, V. (julio, 2011). *Cambios y continuidades en la política social argentina (2003-2010)*. Ponencia presentada en el VI Congreso Argentino de Administración Pública. Resistencia, Chaco.
- Anzorena, C. (2010). Mujeres: destinatarias privilegiadas de los planes sociales de inicios del siglo XXI. Reflexiones desde una perspectiva crítica de género. *Revista Estudios Feministas*, 18.
- Anzorena, C. (2010). Las políticas de género y el género en las políticas a inicios del siglo XXI: una bisagra entre la reducción de las políticas de género y la ampliación de las políticas sociales. *Conflicto social*, 4.
- Arcidiácono, P. y Zibecchi, C. (2008). La sociedad civil y los programas sociales: alcances, limitaciones y desafíos desde un “Enfoque de Derechos”. *Revista electrónica del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales*, 2.
- Bayón, M. C. (2013). Hacia una sociología de la pobreza: la relevancia de las dimensiones culturales. *Estudios Sociológicos*, 31(31).
- Bustelo, E. (1998). Expansión de la ciudadanía y construcción democrática. En E. Bustelo y A. Minujin (Ed.). *Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes*. Bogotá: UNICEF-Santillana.
- Bustos, L. (2009). El lugar de las mujeres pobres: el caso de las beneficiarias de planes sociales. *La Aljaba*, 13.
- Cecchini, S. y Martínez, R. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Cravino, C., del Río, J. P. y Duarte, J. I. (octubre, 2008). *Magnitud y crecimiento de las villas y asentamientos en el Área metropolitana de Buenos Aires en los últimos 25 años*. Ponencia presentada en el IV Encuentro de la Red Universitaria Latinoamericana de Cátedras de Vivienda en la Facultad de

- Arquitectura, Urbanismo y Diseño de la UBA. Buenos Aires.
- Cruces, G., Epele, N. y Guardia, L. (2008). Los programas sociales y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Argentina. *Serie Políticas sociales*, 142.
- Fernández Soto, S. (2009). Políticas de transferencia de ingresos en Argentina: emergencia, desarrollo y transiciones del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados. *Revista de Políticas Públicas*, 13(2).
- Fraser, N. (1997). *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Goren, N. (agosto, 2011). *La Asignación Universal por Hijo. ¿Conquista de nuevos derechos? ¿Viejas o nuevas identidades femeninas?* Ponencia presentada en el 10mo. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo en la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA. Buenos Aires.
- González, R. (2010). Programas de Transferencias Condicionadas. La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en Argentina. Instituto para el Desarrollo Económico de América Latina (IDEAL). *Equidad para la Infancia en América Latina*. Recuperado de <http://equidadparala infancia.org/programas-de-transferencias-condicionadas-la-asignacion-universal-por-hijo-para-proteccion-social-en-argentina-388/index.html>
- Guy Peters, B. (1995). Modelos alternativos del proceso de la política pública: de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo. *Gestión y Política Pública*, 4(2).
- Hoop, M. (2010). *Potencialidades y limitaciones de las políticas de desarrollo productivo en Argentina 2003-2009*. Ponencia presentada en las VI Jornadas de Sociología de la UNLP en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. La Plata.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1984). Estado y Políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. En B. Klisberg y J. Sulbrandt (Comp.), *Para investigar la Administración Pública*. Madrid: INAP.
- Pautassi, L. (2009). *Programas de transferencias condicionadas de ingresos ¿Quién pensó en el cuidado? La experiencia en Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pautassi, L. y Gamallo, G. (Ed.) (2012). *¿Más derechos menos marginaciones?*

- Políticas sociales y bienestar en La Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Pautassi, L. y Zibechi, C. (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de Transferencias Condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. *Serie Políticas Sociales*, 159.
- Rodríguez Enríquez, C. (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingresos e igualdad de género. ¿Por dónde anda América Latina? *Serie Mujer y Desarrollo*, 109.
- Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Tilly, C. (2000). *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Zibecchi, C. (2008). Pobreza, ciudadanía y género. Algunas consideraciones acerca de las mujeres “beneficiarias” de programas de transferencia condicionada de ingresos. *Pensares*, 5.

Detrás de las callejeadas. Políticas destinadas a niños/as en situación de calle en La Plata, 1983-2015

María Eugenia Rausky, María Laura Crego y María Laura Peiró

Introducción

Este trabajo se centra en el análisis de los modos en que el Estado ha problematizado e intervenido sobre los y las “niñas y niños en situación de calle” en el ámbito de la ciudad de La Plata desde la recuperación democrática hasta el año 2015. Particularmente se analizan las acciones llevadas a cabo por dos niveles de gobierno: provincia de Buenos Aires y municipio de La Plata –capital de dicha provincia–, dado que son los que tienen injerencia directa en el territorio de la mencionada ciudad.¹

Para contextualizar la propuesta del capítulo, vale aclarar que este análisis se inscribe en una investigación más amplia en la que se busca reconocer los rasgos del fenómeno del trabajo callejero (comúnmente englobado dentro de la problemática de la niñez en situación de calle) llevado adelante por niños/as en el contexto urbano de la ciudad de La Plata. Dicho fenómeno es observado desde una mirada multidimensional enfocada en distintos niveles o escalas analíticas: una escala macro que en términos generales, a través de

¹ La investigación se realizó entre los años 2014 y 2015, límite temporal que además coincide con la finalización de las gestiones de gobierno municipal y provincial, las cuales pasaron en diciembre de 2015 a un partido político opositor. Las nuevas administraciones introdujeron cambios regresivos en la orientación de las políticas y modificaron los organigramas de las dependencias responsables de atender esta temática, cuestiones que no se incluirán en los análisis de este artículo.

un censo desarrollado en 2014, buscó relevar cuántos son y qué características tienen estos sujetos trabajadores, y una escala micro, focalizada en una muestra de estos trabajadores, en la que se procuró indagar en las especificidades que reúnen las trayectorias biográficas conforme los distintos perfiles de trabajadores identificados en el relevamiento censal. De modo que la mirada global se articula con otra que contempla las singularidades y recorridos específicos que se presentan en esta población.

Atento al diálogo entre estos dos niveles, la investigación formula algunos interrogantes sobre los vínculos entre el Estado y estos sujetos: ¿cómo se ha construido el problema de los niños en situación de calle en las últimas tres décadas? ¿Qué tipo de abordajes y dispositivos se propusieron para su atención? ¿Qué concepciones subyacen sobre la niñez y la situación de calle?

En el caso de la ciudad de La Plata y de muchas otras urbes del país, los/as niños/as en situación de calle han sido objeto de intervención –además de la realizada por el Estado– por parte de múltiples actores: instituciones religiosas, asociaciones civiles, fundaciones, agrupaciones políticas y otras organizaciones no gubernamentales, que han trabajado a través de propuestas programáticas o acciones puntuales con quienes se encontraban en dicha circunstancia.

En el marco de los interrogantes planteados, este artículo busca reconstruir las experiencias formalmente diseñadas desde las dependencias del Estado provincial y municipal entre 1983 y 2015, lo cual implicará dar cuenta en algunos casos de la articulación entre estos dos niveles y del solapamiento de roles y acciones entre las agencias del Estado y las instituciones de la sociedad civil.

Cabe destacar que en el ámbito de la ciudad de La Plata se encontraron un conjunto de trabajos de investigación que analizaron diversos aspectos relativos a la intervención con niños en situación de calle y que coinciden en subrayar la escasez de información escrita y sistemática sobre las mismas. Tales investigaciones han funcionado como referencia en el trabajo que aquí emprendemos; entre ellos, destacamos las publicaciones de Noceti (2008), Galimberti (2012), Argentina (2012), Talamonti (2013) y Lambusta (2014), que aportan reconstrucciones sobre programas o acciones específicas provenientes de distintos ámbitos: gobierno municipal, provincial, organizaciones de la sociedad civil e iglesia.

Para reconocer cómo se han constituido las experiencias de intervención estatal nos hemos valido de una estrategia de investigación de tipo cualitativa, basada en el análisis de documentos escritos de carácter público (Valles, 1997) y en entrevistas a funcionarios y técnicos de diversas dependencias estatales en las distintas gestiones de gobierno. Con respecto a los documentos escritos, se tomaron en cuenta los diseños formales de los programas –en los pocos casos en que existen–, sus definiciones y sus fundamentos. En relación con las entrevistas, además de la recuperación de información relativa a los programas, consideramos que el modo en que los trabajadores del Estado se expresan respecto a las condiciones socio-económicas y culturales de aquellos a quienes están dirigidas las políticas, el discurso acerca de los derechos y el relato respecto a las relaciones que entablan con los destinatarios en el proceso cotidiano de su implementación, resultan cruciales para la comprensión del modo en que las orientaciones políticas generales del aparato burocrático del Estado se plasman en las acciones cotidianas; de allí la importancia de contemplar a este actor (Raggio y Sabarots, 2012).

Cabe consignar que la tarea de reconstrucción no ha sido sencilla, en la medida en que no se dispone de demasiada información documental sobre los programas que se desarrollaron en el período seleccionado. De allí que buena parte del trabajo se basa en el análisis de los relatos de los entrevistados sobre las experiencias de las que participaron o de las que tuvieron conocimiento, con todos los límites que la memoria y las valoraciones personales imponen sobre dichos relatos. Realizamos un total de 11 entrevistas –individuales y grupales– a 14 trabajadores o extrabajadores de programas provinciales y municipales (técnicos o responsables de programas) y analizamos los documentos de programas (diseños originales, informes de implementación, etc.) facilitados por dichos trabajadores o conseguidos en las dependencias correspondientes o en la web.

La niñez en situación de calle como problema público en Argentina

La problematización del vínculo niñez-calle reconoce en Argentina antecedentes de larga data. Una de las aristas que emanó de la puesta en cuestión de este vínculo se relaciona con la presencia en las calles de niños trabajadores o abocados a la mendicidad. Tempranamente, en 1904, José

Ingenieros elaboró una investigación destinada a conocer el estado de los trabajadores infantiles dedicados a la venta de periódicos en la que establecía una distinción entre los niños obreros y los niños dedicados a los trabajos en el ámbito público, quienes a diferencia del primer grupo preocupaban sobremanera porque eran considerados por este el cimiento de la delincuencia juvenil (Lezcano, 1997). De hecho, en lo que atañe a la presencia de chicos trabajadores en la vía pública, la discusión se centró durante mucho tiempo en la relación entre este tipo de trabajo y las prácticas delictivas.

Esta situación y su particular diagnóstico llevó a una respuesta muy contundente por parte del Estado: la sanción en 1919 de la Ley Agote de Patronato de Menores. De allí en adelante, y durante casi todo el siglo XX, el complejo tutelar se orientó a detectar y trabajar sobre las “patologías” de la infancia en un doble sentido: la infancia en peligro, que no gozó de los cuidados de la crianza y la educación deseables, y la infancia peligrosa, cercana a prácticas delictivas (Donzelot, 2008). Surgieron entonces dos nociones diferenciadas de las que los dispositivos institucionales se valieron para referirse y actuar sobre personas de un mismo grupo de edad: el “niño” y el “menor”. El “niño” se construía en el circuito escuela-familia y el “menor” en el circuito calle-instituto (Talak y Ríos, 2000). El “menor” era aquel chico cuyos padres no lo cuidaban, que desarrollaba prácticas como la mendicidad o el trabajo en la calle, que no iba a la escuela, etc. Así, la sanción de la mencionada ley y el despliegue de un conjunto de instituciones educativas, sanitarias y jurídicas delinearon el Paradigma de la Situación Irregular a través del cual se buscó controlar y encauzar a los “menores”. Tal como sugiere Noceti (2008), las familias fueron pensadas como culpables de la situación de abandono de sus hijos, de allí que lo indicado fuese que ese menor no tomara contacto con sus familiares frecuentemente, puesto que eran una mala influencia; se fomentó así el sistema de colocación de los menores en instituciones de tránsito, conocidos como macro institutos, lo cual facilitó la segregación y aislamiento de sus familias.

Conforme los diagnósticos elaborados desde esta matriz de pensamiento, el Sistema de Patronato de Menores con sus dispositivos legales, jurídicos e institucionales delineó las políticas para la infancia, siendo el campo del Derecho el que tuvo la capacidad concreta y contundente de influir en la política social: las leyes orientadas a los menores otorgaron a los jueces de menores

la capacidad real de diseñar –y parcialmente ejecutar– las políticas para la infancia en situación de pobreza durante todo el período de vigencia plena de este paradigma. Durante siete décadas –desde 1919 hasta 1990– las leyes de menores fueron mucho más que una epidermis ideológica y mero símbolo de un proceso de criminalización de la pobreza: fueron un instrumento determinante en el diseño y ejecución de la política social para la infancia pobre, legitimando la orientación coactiva de las políticas asistenciales. Así, la “legalidad minorista” y las políticas asistencialistas caminaron en la misma dirección (García Méndez, 2007).

Sin hacer un análisis particularizado de cada una de las políticas implementadas en este largo período, queda claro que durante la vigencia de este paradigma, la respuesta del Estado a la situación de calle fue el control a través del encierro y el alejamiento del “menor” de su “contaminado” núcleo familiar. Una vez que algún niño era encontrado en las calles en situación considerada de riesgo personal o social, con independencia de estar infringiendo la ley o no, podría y debería ser aprehendido y conducido ante la presencia de la autoridad responsable, o sea, el juez de menores (Gomes da Costa, 1997). La decisión del juez no estaba basada en un proceso judicial, sino en un procedimiento subjetivo en el cual él actuaba como un padre de familia y decidía si el destino del menor era la internación, la semilibertad, la libertad asistida o la advertencia. Según Gomes da Costa, la gran perversidad de esta doctrina residía, por un lado, en que no distinguía el tratamiento de casos ligados a situaciones de vida en la pobreza, de aquellos que envolvían conflictos de naturaleza jurídica y, por el otro, tenía una conducción arbitraria de aquellos casos que involucraban adolescentes en conflicto con la ley. Esta doctrina dio lugar a una criminalización y judicialización de la pobreza.

Sin embargo, hacia los años noventa se produce un giro radical: Argentina ratifica la Convención Internacional de Derechos del Niño (CIDN) y en 1994, se integra la CIDN a la Constitución Nacional.² Así, la condición jurídica del niño se modifica sustancialmente: de ser objeto de derecho pasa a ser definido como sujeto de derechos. La Doctrina de la Protección Integral

² Cabe aclarar que aquí se retrata de manera simplificada y lineal el complejo proceso que dio impulso a este cambio de Paradigma, sin embargo cabe mencionar que desde los años setenta y ochenta diversos actores del campo religioso, militantes de derechos humanos, organizaciones sociales, comenzaron a reclamar la necesidad de repensar las prácticas estatales hacia los niños.

cambió radicalmente la mirada sobre la población infanto-juvenil, ya que engloba a la totalidad de las personas que integran este grupo de edad y apunta a garantizar el conjunto de derechos de todos los niños.

En esta perspectiva, protección integral es asegurar a todos los niños y adolescentes, sin excepción alguna, la supervivencia, el desarrollo personal y social y la integridad física, psicológica y moral, además de proveer medidas especiales de protección a aquellos que se encuentren en circunstancias especialmente difíciles. (Gomes da Costa, 1997).

Desde esta mirada los niños y niñas dejan de ser receptores de acciones tutelares y asistenciales por parte del Estado para pasar a ser sujetos de derecho, ciudadanos.

Este cambio de paradigma trajo aparejadas dos grandes modificaciones. Una, referida a los protagonistas que deben atender a esta población: de la órbita del Poder Judicial se pasa a la órbita del Poder Ejecutivo, en un contexto de corresponsabilidad de todos los actores que rodean la vida de los/as niños/as. Otra, ligada a una nueva manera de entender la gestión y el diseño de las políticas dirigidas a esta población. El Estado asume un rol central, debiendo adaptar sus estructuras políticas, burocráticas e institucionales al nuevo paradigma, definiendo con mayor precisión las obligaciones frente a los múltiples derechos reconocidos. El nuevo Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos del Niño queda conformado entonces por un conjunto de organismos, entidades y servicios que formulan, coordinan, orientan, supervisan, ejecutan y controlan las políticas, programas y acciones, en el ámbito provincial y municipal, destinados a promover, prevenir, asistir, proteger, resguardar y restablecer los derechos de los niños, así como establecer los medios a través de los cuales se asegure el goce efectivo de sus derechos y garantías, reconocidos en la Constitución Nacional, la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, la Convención sobre los Derechos del Niño, y demás tratados de Derechos Humanos.

En adelante, las provincias comenzaron a debatir y reformular las leyes orientadas a este grupo de edad. En el caso de la provincia de Buenos Aires, tras un intenso debate, en diciembre de 2000 se sancionó la ley 12.607 de “Protección Integral de los Derechos del Niño y del Joven” –suspendida hasta el 29 de diciembre del 2004– fecha en la que se termina por sancionar la

Ley Provincial 13.298 “De Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños”, actualmente vigente.

Si bien el Paradigma de la Protección Integral trajo aparejada otra mirada sobre la responsabilidad y la actuación del Estado, que plantea diagnósticos y propuestas de solución a las cuestiones que atraviesan a los niños claramente diferentes,³ existieron en la provincia de Buenos Aires y en la ciudad de La Plata, previamente a la sanción de la nueva ley, algunas experiencias de intervención estatal que contenían un espíritu en alguna medida anticipatorio de esta nueva norma.

A continuación analizaremos las propuestas programáticas que desde el Estado provincial y municipal se desarrollaron para enfrentar y atender la cuestión específica de los niños en situación de calle durante los sucesivos gobiernos desde la recuperación democrática, es decir, en el marco del Patronato primero y luego bajo el paradigma de la Protección Integral.⁴

La provincia de Buenos Aires y el municipio de La Plata: primeras experiencias de intervención programáticas

En la ciudad de La Plata, capital de la provincia, funcionan las sedes administrativas de lo que al momento de la realización de este trabajo se denomina Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires, que es el espacio institucional desde el que se diseñan los programas provinciales que son objeto de análisis en este capítulo, en tanto autoridad encargada de la aplicación del Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos del Niño. Sin embargo, el rango de “Secretaría” de dicha dependencia tiene relativamente pocos años, ya que fue recién hacia 2011 cuando por decreto del Poder Ejecutivo se constituyó como tal (Decreto 11/11).

Como señalan Camou y Mateo (2008), un breve recorrido de la historia institucional del organismo lleva a reconocer que en la provincia de Buenos

³ Un análisis interesante y completo sobre el campo de las políticas destinadas a la niñez se puede rastrear en los trabajos de Llobet (2006 y 2011).

⁴ Focalizaremos el análisis en los programas y proyectos diseñados para tal fin desde el Poder Ejecutivo y sus diferentes dependencias, descartando la descripción de la ya mencionada actuación del Poder Judicial, salvo que en el marco de estas experiencias se desarrollara alguna articulación con los jueces.

Aires, el “área social” ha sufrido en su estructura organizativa enormes modificaciones, ya que cambió más de una docena de veces de denominación y sus estructuras orgánicas y programas de acción se unificaron o dispersaron en un sinfín de oportunidades. Tras el retorno de la democracia en 1983, los organismos que devinieron en encargados del diseño y ejecución de la política social de la provincia fueron: Ministerio de Acción Social (1984-1991), Consejo Provincial de la Mujer (1988-1995), Ministerio de Salud y Acción Social (1992-1994), Ministerio de Familia y Desarrollo Humano (1994-1995), Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano (1996-2001), Consejo Provincial del Menor (1995-2000, intervenido entre el 2000 y 2001), Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo (2002-2004), Ministerio de Desarrollo Humano –luego Ministerio de Desarrollo Social– que a través del Decreto 300/05, pasa a reconocerse como la autoridad de aplicación en materia de infancia, en cuyo seno se crea la Subsecretaría de Minoridad, que luego en 2011 pasa a ser Secretaría de Niñez y Adolescencia. En el caso de las políticas de infancia, tales rediseños institucionales se produjeron conforme los sucesivos cambios en las miradas sobre la niñez y en las normativas relacionadas con la temática.

Ahora bien, el hecho de que en la ciudad de La Plata funcionen las estructuras burocrático-institucionales del gobierno provincial no representa un dato puramente contextual o geográfico, ya que muchas veces respuestas globales a ciertos problemas sociales, que se han transformado en problemas públicos, se suscitan con base en acontecimientos y procesos que emergen en la arena local y que son leídos en clave más general, buscando una respuesta que los trascienda y abarque otros distritos de la provincia.

Tal es el caso del programa que se analiza a continuación, el cual fue exclusivamente diseñado para atender/enfrentar el “problema” de los chicos que se encontraban en la calle que, según los entrevistados, tenía en aquel entonces una significativa presencia en el ámbito de La Plata: se encontraban niños circulando en espacios de mucha visibilidad como plazas céntricas, la estación de trenes y de colectivos. Más que un diagnóstico basado en un criterio cuantitativo derivado de la cantidad de casos, lo que en buena medida parece haber despertado la necesidad de intervención fue la condición de intensa degradación en la que se hallaban estos niños. Así, en el año 1986, el entonces Ministerio de Acción Social, en conjunto con UNICEF Argen-

tina y dos organizaciones no gubernamentales, lanzó el Programa “Mundo Nuevo”,⁵ orientado a la asistencia de los chicos en situación de calle.

Si bien el Paradigma de la Situación Irregular era el que hegemonizaba y orientaba las prácticas e intervenciones sobre la población infantil, desde los años ochenta comenzaron a avizorarse atisbos de un nuevo espíritu, que demandaba la necesidad de un tratamiento más humanizado hacia los niños institucionalizados, proceso en el que los actores comunitarios tuvieron un rol clave (Noceti, 2008). Un ejemplo de ello es que en 1984 nació en la ciudad de La Plata la primera experiencia no gubernamental abocada a la protección de chicos en situación de calle a cargo del sacerdote Carlos Cajade, quien creó un hogar para niños en esta condición. Debido a su particular temperamento y a la importante tarea que realizó en la ciudad, paulatinamente él y su obra se convirtieron en referencias locales y nacionales respecto a la niñez y la lucha por sus derechos (Talamonti, 2013).

La creciente visibilidad de los niños –interpelada como moralmente dolorosa– y un clima local e internacional –en el que UNICEF jugó un papel central– que abogaba por la necesidad de un abordaje diferente, pueden pensarse como la antesala que llevó al diseño y ejecución del Programa “Mundo Nuevo”. En 1986 se reconoce entonces la primera experiencia en el ámbito estatal de la provincia de Buenos Aires cuya respuesta a la situación de calle no se dirimiría en el Poder Judicial, desde donde la “solución” al “problema” había sido hasta entonces el encierro en una institución total (Goffman, 1994). Pensar que el Poder Ejecutivo –a través del Ministerio de Acción Social– reclamara para sí la autoridad de definir e intervenir sobre el “problema” llevó a reconocer un primer cambio sustantivo en cómo se pensaba y se trabajaba con los niños: la única autoridad competente no era el Poder Judicial y la única respuesta posible ya no era el encierro en macro institutos. Como bien señala Gusfield (2014), cuando se analiza el carácter público de un problema se deben identificar las múltiples posibilidades que hacen a su resolución y quiénes son los actores que tienen la competencia para resolverlo, en el caso

⁵ Según datos de los informantes, un grupo de 3 trabajadoras del ministerio formadas en el campo de las ciencias humanas y sociales viajaron al exterior a observar experiencias de abordaje con estos niños. Sin embargo hay datos inexactos respecto del país al que viajaron; mientras algunos mencionan que el lugar fue Colombia, otros sostienen que fue Brasil. Creemos que esta última es la versión correcta, ya que es la que más frecuentemente se mencionó.

de los niños en situación de calle si bien no hay un desplazamiento de un actor hacia otro, comienzan a involucrarse gradualmente como parte de la gestión de ese asunto público instituciones como la iglesia, las ONGs y el ejecutivo provincial, quienes de manera articulada delinean esfuerzos para afrontar el asunto.

El mencionado programa focalizó su ámbito de intervención en dos localidades de la provincia de Buenos Aires: Banfield, situada al sur del Gran Buenos Aires, y Gonnet, situada en las afueras de la ciudad de La Plata, y estuvo en funcionamiento por un período de 4 años. Si bien se quiso llevar la experiencia hacia otras ciudades de la provincia, terminó circunscribiéndose a estos dos territorios. El modelo de intervención se basaba en una réplica y adaptación de una experiencia colombiana pionera, inspirada en la congregación de los curas salesianos.

¿Quiénes eran esos “chicos de la calle”? Un grupo de niños cuyo único espacio de referencia y sociabilidad era justamente la calle. Según la descripción de los operadores de calle, integrantes del equipo de trabajo, en aquel entonces esos niños a los que se orientaba el accionar del programa estaban profundamente desafiados de las instituciones clave que hacen a la integración social.

La modalidad de trabajo que se proponía contenía tres etapas: 1) trabajo de calle/callejeada, donde el objetivo era generar un vínculo con el chico en la calle; 2) patio: instancia en la que se invitaba a los chicos a un hogar dispuesto para tales fines para que allí desarrollaran actividades recreativas que sirviesen para reforzar el vínculo entre ellos y los operadores y 3) convivencia en las casas del hogar. Se buscaba principalmente no judicializar al niño y que este recuperase el vínculo con su familia de origen. En caso de que esto no fuese posible, se intentaba que el niño viviera en el hogar, dispuesto y pensado de manera similar a lo que podía ser un hogar habitado por una familia.

Claramente el espíritu del programa planteaba mucho de lo que el Paradigma de la Protección Integral promovió posteriormente: un trabajo gradual con el niño, de escucha y acercamiento afectivo –como la instancia de la callejeada–, distanciados de prácticas compulsivas al encierro, y una necesidad de pensar en caminos de revinculación familiar. Incluso, a diferencia de la experiencia impulsada desde la ONG del padre Cajade, se planteaba más libertad y apertura en la relación del niño con la comunidad:

En ese momento el padre Cajade tenía experiencias convivenciales más cerradas, proponían un modelo endógeno, de liderazgo fuertemente carismático, donde se generaba una lógica alternativa al modelo vigente, y quienes participan de estas experiencias proponían un referente comprometido que compartía todo el cotidiano con el pibe; nosotros en la instancia de convivencia hacíamos turnos, no sustituíamos roles parentales, eso estaba más cerca del modelo y la filosofía de la nueva ley. Sí proponíamos un trabajo de revinculación con la familia de origen y la apertura a la comunidad: escuela, hospital. No íbamos hacia adentro, sino hacia afuera. Sabíamos que acompañábamos un proceso de reafiliación, de la vuelta del pibe a la casa. Esa fue la gran diferencia y fue esto lo que fue cobrando relevancia (Operador de calle del Programa).

Pese a estos intentos del Estado por resignificar las políticas dirigidas a la niñez, esta primera experiencia concluyó en 1990. Gradualmente fueron migrando los recursos humanos asignados al mismo –hacia el final quedaron solo dos operadores de calle. Según los técnicos del programa, en el proceso que terminó por dar fin a la propuesta confluyeron varios factores: se pasó de una idealización de la experiencia a una sensación cada vez más intensa de no saber qué hacer concretamente con los chicos en la instancia de la callejeada, todo ello en un contexto cuyo marco normativo-institucional no terminaba de acoplarse a la estrategia. En coincidencia con el diagnóstico de Noceti (2000), consideramos que la falta de capacitación de los operadores, la dificultad del trabajo en red con otros actores sociales e instituciones –unidades sanitarias, escuelas, policía– y la carencia de un marco normativo que amparara la labor de los operadores de calle terminaron por diluir el programa.

Casi en paralelo con la experiencia provincial relatada anteriormente, en el ámbito del gobierno municipal se creó e implementó en 1988 el *Programa Municipal “Chicos de la Calle”*. El intendente radical Pablo Pinto (1987-1991), junto con el sacerdote y abogado Norberto Chiodini –que llevaba adelante una pequeña ONG que alojaba chicos en situación de calle desde una perspectiva alejada a la de los macro-institutos del Patronato– convocaron a la directora del primer Instituto de los Derechos del Menor de Edad del Colegio de Abogados de La Plata para que diseñara un programa orientado a atender la problemática de los niños y adolescentes en situación de calle.

Junto con educadores expertos en el tema, la abogada diseñó un programa orientado a trabajar evitando la intervención judicial y la internación de los chicos que se encontraran en esa situación, y partiendo de la idea del niño como persona en desarrollo y sujeto de derechos.

El programa se propuso como objetivo principal “lograr la recuperación integral del chico de la calle y/o en situaciones de abandono, mediante la reinserción en su núcleo familiar u hogares estables en convivencia con sus pares y adultos” (Programa Municipal “Chicos de la Calle”, 1988, p. 4). Según se enunciaba en su diseño, sus acciones se orientarían a lo preventivo (en el sentido de evitar una ruptura definitiva del lazo del niño con su familia y de la familia con la comunidad) y tendrían un carácter esencialmente educativo, con el fin de “garantizar las bases para que los niños puedan afrontar en mejores condiciones sus relaciones sociales ulteriores con sus familiares, sus comunidades” (Programa Municipal “Chicos de la Calle”, 1988, p. 4). Para ello se plantearon cuatro etapas, orientadas a contemplar distintas situaciones: 1) educadores de calle, 2) centro de día, 3) centro de noche, 4) alojamiento en pequeñas casas del programa.

Podían participar niños de hasta 16 años. Si bien el programa cubría todo el partido de La Plata, los chicos tendían a situarse en el casco urbano de la ciudad. Los educadores de calle trabajaban por la zona de la terminal de ómnibus y la estación de trenes, ya que había muchos chicos que venían del Gran Buenos Aires. Para que el programa tuviera éxito, se realizaron acuerdos con los jueces de menores:

Hicimos una especie de convenio (no escrito, pero lo acordamos con ellos), que ellos no iban a intervenir en ninguna situación de chiquitos de la calle salvo que nosotros se lo deriváramos porque había una cuestión grave. El acuerdo nuestro era: interveníamos nosotros para que ningún chiquito fuera institucionalizado. Y ellos lo cumplieron a rajatabla (Coordinadora del programa).

Respecto de cómo se definió quiénes eran los niños y adolescentes con los que el programa trabajaría, la coordinadora afirma que:

Es una cuestión semántica. Una cosa es el chico en la calle y otra el chico de la calle, porque... es semántico, no nos poníamos de acuerdo. Una

cosa es la situación del chico, que es el que más se ve ahora, que de su lugar de origen –lo que él tenga como familia– los mandan a mendigar, y que están de día y después vuelven. Y otro es el chico... Porque todo son situaciones de calle: porque el chico es vulnerable, está sujeto a todos los peligros y además no está viviendo naturalmente la etapa de su vida: no juega, no tiene los horarios de comida, no va a la escuela. Algunos van a la escuela, y en el horario después de la escuela van a la calle. Después está el niño que está permanentemente en la calle y duerme en la calle, que no se ve tanto ya, en esa época sí, no eran tantos pero había, por ejemplo un chiquito que dormía en uno de los árboles de plaza Italia (Coordinadora del programa).

Los educadores de calle –se los nominó adrede educadores en lugar de operadores porque provenían del ámbito de la educación y se consideraba que su labor era centralmente educativa– eran los responsables de acercarse al niño/adolescente de manera informal, con el fin de establecer un vínculo de confianza e invitarlos a participar del centro de día. El centro de día funcionaba en un predio que la municipalidad tenía dentro del Paseo del Bosque⁶, en el cual había pileta, quinchos, canchas de fútbol y de otros deportes. La intendencia afectó todo el predio para que sea utilizado por el programa, y se compartía con el uso habitual de los empleados municipales durante los fines de semana. La coordinadora del programa relata que el centro de día estaba siempre abierto, el chico podía ir con el educador o solo, y sumarse a las actividades (juegos, deportes, pileta, apoyo escolar, teatro) cuando quisiera. La entrada y salida del centro de día era libre, gradualmente se esperaba que el niño fuera incorporando las reglas de convivencia dentro del centro y abandonando las prácticas que eran típicas en el ámbito de la calle.

El programa contaba además con una camioneta, utilizada para hacer traslados de los chicos a sus hogares de origen, ya que se intentaba lentamente lograr el vínculo con la familia y con la escuela. En esta línea, a través de un convenio del programa con la Universidad Nacional de La Plata, los estudiantes del último año de Trabajo Social hacían sus prácticas; las mismas

⁶ El Paseo del Bosque es el mayor espacio público verde de la ciudad, con una extensión aproximada de 60 hectáreas. En él se albergan muchas actividades de entretenimiento, como así también culturales y científicas.

se orientaban a hacer un relevamiento de la familia de cada niño: se buscaba detectar algún referente que podía ser un familiar, vecino o conocido con el cual empezar a trabajar el vínculo y la reinserción escolar. Además, a través de la articulación con la Dirección de Acción Social municipal, se conseguían recursos y apoyos para las familias de los niños. También se realizó un convenio con la gestión provincial de Antonio Cafiero, por el cual el Estado provincial brindó becas para los chicos o sus referentes.

Sumado a estas estrategias, se contaba con un centro de noche –una casa con 10 camas ubicada en el centro de la ciudad– con el objetivo de que los niños y adolescentes que dormían en la calle pudieran pasar la noche allí temporariamente mientras se trabajaba en el vínculo familiar.

Por último, el programa logró un convenio con la Nación a través del cual se construyeron algunas viviendas en un predio que el municipio tenía en el barrio Los Porteños (Gorina) y en un sector que prestó el Country del Club Estudiantes de La Plata (City Bell). Allí se llevó a vivir a los chicos mayores de 13 años que no tenían ningún referente adulto, en grupos de a tres o cuatro, bajo la coordinación de un referente asignado por el programa. Esta situación también era pensada como transitoria, ya que cuando tuviesen la mayoría de edad o consiguieran algún otro lugar en el que vivir se irían.

El programa funcionó durante cuatro años; luego, al cambiar la gestión municipal en 1991 se desarticuló completamente. Al igual que muchos de los programas diseñados en el Estado, con los cambios de gestión las experiencias anteriores no se recuperan y se plantean programas totalmente nuevos o la problemática deja de formar parte de la agenda.

La reconstrucción de estas dos experiencias (provincial y municipal) pone rápidamente en evidencia algunas cuestiones interesantes. En primer lugar, la confluencia de miradas en torno a cómo pensar e intervenir para resolver la situación de estos niños, que anticipa –al igual que lo hacían algunas experiencias previas desarrolladas desde organizaciones sociales y religiosas– las prácticas de restitución de derechos que más adelante se institucionalizarían de la mano de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la posterior sanción de las leyes de protección integral.

En este sentido, ambos programas eran prácticamente idénticos en cuanto a la propuesta sobre cómo abordar y qué ofrecerles a esos niños. Suponían una ruptura con respecto a las intervenciones dominantes de la

época, ya que por primera vez se buscaba que no fuese el Poder Judicial quien definiera el destino de esos chicos y se trabajaba sobre un horizonte de reintegración al entorno familiar o más próximo. En buena medida esto se hizo posible porque ambos promovieron acuerdos informales con el Poder Judicial, lo que denota cierta sensibilidad y predisposición de, al menos, una porción de los jueces de menores respecto de los niños de la calle y el trabajo con ellos.

Sin embargo, y como segunda observación, llama la atención que propuestas tan similares en un mismo ámbito geográfico no hayan tenido diálogo ni intercambio de experiencias y/o recursos.

Experiencias de intervención en un momento de transición: entre el Paradigma de Protección Integral y la Situación Irregular

Los años noventa fueron para la Argentina devastadores. Las políticas neoliberales implementadas en ese entonces tuvieron efectos drásticos para buena parte de la población: las políticas de ajuste, la acelerada desindustrialización y la apertura económica –entre otras tantas medidas– tuvieron como correlato un incremento exponencial de la pobreza y el desempleo, que afectaron profundamente a la población infantil.

En ese escenario, la aplicación en la provincia de Buenos Aires de la Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos del Niño fue sumamente compleja. Si bien en 1990 la CIDN se incorporó al derecho interno argentino, cada provincia transitó caminos diferentes para adaptarse a ese nuevo marco normativo, plagado de tensiones y pujas entre actores, que no pueden leerse únicamente bajo la óptica de un altercado entre el Poder Ejecutivo –que apoyaba la reforma legal impulsada por sectores de la sociedad civil– y el Poder Judicial –que pretendía seguir aferrado a la lógica del Patronato–, sino que requiere un análisis en profundidad de la dimensión política de la legalidad.⁷

Hasta tanto se sustanciaron en la provincia las reformas legislativas para la infancia, iniciadas en el año 2000 y concluidas en 2005, la política social destinada a los niños en situación de calle volvió a tener una propuesta pro-

⁷ Véase López (2013).

gramática. Aunque en este período la ley no se había reformado, sí se habían producido algunos cambios a nivel institucional, aunque al no haber marco jurídico se tornaron lentos y de corto alcance. Tal es el caso del Consejo Provincial del Menor de la Provincia de Buenos Aires, creado en 1995 y dependiente del Poder Ejecutivo provincial. Como señala Noceti (2008), las políticas de este organismo fueron planteadas a fin de acompañar el proceso de reforma hacia el Paradigma de la Protección Integral, aunque en las instancias CIDN en las cuales debía actuar en forma directa con el Poder Judicial su accionar se circunscribía a los efectos de la ley de Patronato 10.067. Este organismo intentó acercarse a los lineamientos de la CIDN a través de distintos caminos. Uno fue la formulación de programas por parte de la Dirección de Programas Alternativos, cuya particularidad fue la de ser la única dirección del organismo que no promovía o que intentaba evitar el sistema internativo, buscando por el contrario garantizar, proteger y promover el fortalecimiento de la familia y los derechos de los niños y adolescentes que estaban bajo la órbita de sus programas.

Bajo esta dirección se creó el “Programa de Protección Integral para niños y adolescentes: Chicos de la Calle”, luego denominado “Programa de Atención Integral a niños y adolescentes en situación de calle”, aún vigente. Dicho programa reconoce como antecedente la experiencia del ya comentado “Mundo Nuevo”.

Según lo señalado en el documento del programa, el objetivo general del mismo es “reducir los efectos de los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los niños y adolescentes en situación de calle desde una perspectiva de atención integral, revalorizando el lugar de la familia y su comunidad”. Ahora bien, en ese proceso se identifican situaciones diferenciales: 1) chicos en situación de calle en su comunidad; 2) chicos en situación de calle en las zonas céntricas, y 3) chicos en situación de calle en capital o en grandes centros urbanos. A diferencia del programa “Mundo Nuevo”, este amplía el significado de lo que entiende por “chico en situación de calle”, quien deja de ser únicamente ese niño que permanece en el centro de la ciudad y tiene una profunda desvinculación familiar –ubicado en este programa como el tipo de chico que cuadra en la tercera situación–, para pensar en una condición más general, ya que quien está en situación de calle puede ser cualquier niño que permanezca mucho tiempo en el ámbito

barrial –y no en el espacio privado de su hogar– o aquel que acuda a zonas céntricas para trabajar, pero que retorne a su hogar. Con base en estos lineamientos, el programa contempla tres modalidades de prestación: la “callejeada” realizada por operadores de calle que se vinculan con el niño en lugares de concentración urbana o en su barrio y procuran la revinculación socio-familiar, el “centro de día” cuyo objetivo es brindar un espacio para la atención diaria de niños en situación de calle que oficie de ámbito contenedor y de aprendizaje, y “hogares convivenciales” que representan una alternativa a la vida en la calle. Estas dos últimas modalidades se sostienen a través de un programa de becas que apoya las actividades de tales espacios. El monto de las mismas ha ido variando, siendo por razones obvias siempre proporcionalmente menor el valor de las becas destinadas a los Centros de Día conveniados, fundamentalmente ONGs, que a los Hogares Convivenciales, donde los niños viven.

Si bien en los documentos del programa la prestación “callejeada” es parte sustantiva del mismo, y lo era del programa del que esta experiencia es heredera, lo cierto es que quedó formalmente enunciada, pero sin efecto en la práctica o con acciones muy esporádicas, concentrándose prácticamente toda la atención y recursos en las otras dos modalidades. Como destaca la responsable de la Dirección, en aquel entonces “tales proyectos de callejeada se fueron institucionalizando, se convirtieron en Centros de Día y se corrieron de la problemática de calle”.

La modalidad convivencial fue analizada extensamente por Noceti (2000 y 2008) quien en líneas generales advirtió que si bien en la formulación del programa estaba muy presente el espíritu de la protección integral, las prácticas que recuperaban este espíritu eran aisladas e inconexas, primando muchas veces acciones que vulneraban los derechos recuperados en dicha doctrina y que se acercaban a las lógicas de las instituciones totales: una tendencia a reforzar la vida intrainstitucional, una mirada estigmatizante de las familias, una posición autoritaria hacia los niños a quienes no se reconocía el derecho a la libre expresión, a ser oídos, etc. Según la autora, tales prácticas no hacían más que continuar fortaleciendo la posición del Estado como protector de cuerpos y no de derechos.

Volviendo la mirada hacia el nivel municipal, en este período encontramos que con el mencionado cambio de gestión y desarticulación del progra-

ma municipal “Chicos de la Calle” en 1991, el tema no fue abordado desde el Ejecutivo local, al menos por unos años.⁸

Hacia mediados de la década del noventa la presencia cada vez mayor de chicos y adolescentes en la calle hizo que el municipio se viera presionado para tomar acciones en el asunto. En un contexto de extensión y profundización de la pobreza la problemática de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle era canalizada por hogares y organizaciones entre las que se destacaban la “Obra del Padre Cajade”, “Esos Locos Bajitos” y “Encuentro”. El trabajo de estas y otras ONGs buscó visibilizar el problema de los niños en la calle mientras que el tema se instalaba entre los comerciantes o transeúntes, que empezaron a exigir al municipio que hiciera algo con la situación de tantos niños.

En este marco, el municipio convocó finalmente a la conformación de un espacio de trabajo conjunto y se creó, a partir de la sanción de la Ordenanza N° 8.533 de 1995, el Consejo Intersectorial del Niño y el Adolescente de la Municipalidad de La Plata, que debía encuadrar sus actividades bajo los criterios de la CIDN y las leyes nacionales vigentes. Este Consejo estaba conformado por funcionarios de distintas áreas de la Secretaría de Política Social municipal y por representantes de las ONGs que trabajaban con niños y adolescentes.

A partir del trabajo del Consejo el municipio propuso crear conjuntamente con las ONGs un programa, a definir colectivamente. Para el trabajo de elaboración cada organización convocó a sus trabajadores y colaboradores. La convocatoria de trabajadores reunió a cien interesados, entre quienes se seleccionaron solamente seis. El proceso de selección consistió en un largo período de formación y selección a cargo de referentes de los hogares. En palabras de una trabajadora del programa, la formación consistió “más que nada en conocer tus intereses, tus aptitudes, tu compromiso. Además te enseñaban a enfrentar situaciones complejas que te podías encontrar en la

⁸ Si bien en mayo de 1992 el Concejo Deliberante sancionó la Ordenanza N° 7.924 orientada a la implementación del Programa “Chicos de la Calle” (que en su descripción retoma textualmente la fundamentación, objetivos y metodología de trabajo del programa desarrollado entre 1988 y 1991 por la gestión municipal anterior) esto no se hizo efectivo y, como se verá más adelante, recién en el año 1999 se creará un programa, retomando parte de lo establecido en esta ordenanza.

calle” (Operadora de calle). Como se ve el énfasis estaba en la sensibilidad de los futuros trabajadores cuya tarea iba a ser reeditar las callejeadas de los ochenta. Los seis seleccionados fueron convocados a redactar el programa. Así nace el “Programa de Atención y Promoción Integral a la Niñez y Adolescencia en Riesgo” (APINAR) en el año 1999,⁹ cuya columna vertebral fueron las callejeadas. El equipo de trabajo estaba conformado por seis operadores, mayoritariamente jóvenes que provenían del campo de la militancia y las organizaciones, y dos coordinadores, uno del ámbito municipal y otro de las ONGs. Este carácter mixto hizo a una de las particularidades del programa, que denota la riqueza de la experiencia y de la articulación formal entre las políticas municipales y actores no gubernamentales. Riqueza cuya contracara fue la dificultad del trabajo diario a raíz de las diferentes estrategias de intervención que proponía cada actor.

El APINAR tenía planteos novedosos a nivel de la política municipal, pero en línea con las discusiones que ya se daban en la provincia, como el caso descripto del Programa “Chicos de la Calle”. En este sentido, se proponía un abordaje integral que discutía con la visión instalada del Patronato y la separación de los chicos de su familia. Las callejeadas eran para eso una herramienta de trabajo que suponía pasar tiempo con los chicos en la calle, hablar, conocerlos, saber qué necesitaban. Las callejeadas se organizaron por turnos (mañana, tarde y noche) y zonas de mayor concentración y circulación de niños adjudicadas cada una a una pareja de operadores. El alcance geográfico de este trabajo era el casco urbano de La Plata, atendiendo a la numerosa presencia de niños y adolescentes en el centro comercial.

En cuanto a la población destino, se trataba de menores de 18 años que estuvieran en la calle. Si bien la enunciación formal del programa entendía como tales a “los niños desafiados y con relación prácticamente nula con la familia”,¹⁰ una operadora de calle comenta:

⁹ A partir de la revisión de documentos internos del programa APINAR, Lambusta (2014) sostiene que, recuperando la Ordenanza N° 7.924 de 1992, el programa se inicia bajo el nombre “Chicos de la Calle”, y que luego, a partir de los debates y espacios de formación compartidos por el equipo de operadores, se decide comenzar a nombrar al programa bajo la sigla APINAR.

¹⁰ Se reconstruye esta definición a partir de lo que plantearon los distintos operadores entrevistados, ya que no fue posible rescatar el documento original del programa.

Cuando salimos a la calle encontramos una situación muy compleja. La mayoría de los pibes trabajaban, entonces no eran pibes en situación de calle solo por desvinculación familiar sino por necesidad económica. La gran mayoría de los pibes estaba en situación de calle porque la calle les proveía la posibilidad de proveerse de un recurso que era el sustento del grupo, de su familia, vendiendo flores, estampitas, robando (...). Y empezamos a problematizar el trabajo infantil, un tema absolutamente no dicho porque el municipio podía admitir que había pibes en situación de calle, ahora cuando empezamos a decir que los pibes estaban trabajando, que eran chicos con padres desempleados o toda la familia desempleada... porque hay todo un mito de que el pibe de la calle no tiene familia, y la verdad es que la familia del pibe estaba en la esquina cortando las flores por darte un ejemplo. Lo que aparecía era fuertemente la necesidad económica. (Operadora de calle del Programa APINAR).

Esta problematización del modo en que se entendía la llamada situación de calle empezó a pesar en las relaciones entre operadores, ONGs y el municipio, ya que este último ponía resistencias a reconocer la problemática como trabajo infantil, en tanto esto significaba darse otras estrategias de intervención que excedían por mucho a la callejeada. Al mismo tiempo, algunas organizaciones defendían la institucionalización como estrategia mientras que los operadores insistían en su diagnóstico y la necesidad de trabajar con los chicos y con las familias.

En este clima de discusión el APINAR logró una partida presupuestaria propia que le dio cierta autonomía y fuerza. Los recursos hicieron posible que como parte del programa se alquilara una casa para que funcione como Centro de Día, con el objetivo de disminuir la cantidad de horas que los chicos permanecían en la calle. En esta casa, que funcionó alrededor de un año, los chicos contaban con un baño, la posibilidad de merendar y la oferta de algunas actividades entre las 9 y las 18 horas. Esta experiencia, paralela a las callejeadas, tuvo ciertas particularidades entre las que interesa resaltar una observación en la que coinciden los operadores entrevistados:

La casa la alquila el municipio, nosotros no estábamos de acuerdo porque era en una zona muy poco amigable para los pibes. Una súper casa, en pleno barrio norte, frente a una súper iglesia. Y claro que merecían esa

casa, pero elegir esa y no pensar en qué pibes iban y lo violento que puede ser para ellos exponerlos en ese contexto muestra que el municipio no tenía idea de la población con la que trabajábamos (Operador de calle del Programa APINAR).

Es interesante este punto en tanto resalta una vez más el lugar central que las organizaciones tuvieron en el trabajo con niñez desde el municipio. En este caso, las organizaciones y los militantes plantean que eran ellos quienes reconocían la particularidad de los niños y jóvenes en situación de calle y leen que en el episodio del alquiler de la casa la administración municipal mostró que “no conocía la problemática”. Lo que queda en evidencia en todo caso es la falta de comunicación entre las distintas instancias de decisión y trabajo que aparece reiteradamente en el relato de los operadores.

En paralelo con el centro de día, el diagnóstico alcanzado en las callejeadas fue el insumo para pensar nuevas actividades como parte del programa, aunque nunca se formalizaron en documentos escritos. En el centro de día, así como en distintos espacios públicos se hicieron talleres de teatro, de murga y de cocina para madres. En línea con las prácticas de las primeras callejeadas, en estos espacios los operadores negociaban con los chicos: allí no se llevaban cosas robadas, no se robaba, no se consumían alcohol o drogas, ni se iba bajo el efecto de alguna de esas sustancias.

La experiencia del programa creció en actividades y cobró visibilidad. Sin embargo al interior del mismo se incrementaron una serie de tensiones que los entrevistados sintetizan como un “desgaste generalizado”, donde intervinieron fuertemente condiciones del contexto económico y social general. Es así que la experiencia del APINAR “cae por su propio peso”. Según sus operadores fue “un poco desgaste, un poco limitación de nuestras propias intervenciones”. Con las callejeadas se llegó a tener registro y contacto con alrededor de 400 chicos, dimensiones difíciles de sostener con tan pocos operadores, cuyo número máximo fue de 10 miembros. Las malas condiciones laborales –bajos salarios, tensiones al interior del municipio– sumado a que las estrategias y vínculos de articulación dependían de los contactos y voluntad de los operadores, generaron una crisis en torno a las callejeadas:

El programa se planteaba la vinculación estructuralmente, pero en los hechos se daba más por nuestros contactos y movidas que por articulación

real. Ahí el municipio cero, ni reconocimiento a eso ni nada. Lo que sí teníamos era mucho aguante y empuje grupal. Sí nos reconocían mucho otras organizaciones también, pero fue un laburo muy, muy voluntarista (...). Era mucho voluntarismo. Y la demanda es loca, y se nos fue de las manos, porque te ibas al hospital con uno, a sacar de la comisaría a otro... y tuvimos una gran crisis en relación al sentido de la callejeada, necesitábamos pensar que la callejeada sirva para algo. Cuando el municipio la crea lo hace pensando en que la callejeada era para invitar a los pibes a sumarse a los hogares, pero ningún pibe estaba en esa situación. Después de un tiempo nosotros generábamos mucho vínculo pero teníamos muy poco para ofrecer más allá del espacio de escucha. Llegó un momento que uno dice bueno, soy el Estado y no puedo dar ninguna respuesta. Y eso nos empezó a hacer mucho ruido (Operadora de calle Programa APINAR).

Esto se sumó al cada vez menor respaldo municipal y a conflictos gremiales que hicieron que algunos operadores dejaran el espacio, al tiempo que desde el municipio se empezaron a reorientar los lineamientos hacia los chicos en situación de calle. Ya con muy escasos vínculos con las ONG, los operadores del APINAR fueron enviados a trabajar a distintos barrios con el objetivo de hacer que los niños y adolescentes en situación de calle construyeran enlaces con las comunidades barriales. En este marco es que las callejeadas se redujeron a unos días por semana y se complementaron con trabajo en los barrios de procedencia de los niños y niñas.

Con la “ida al barrio” el programa se encontró con una diversidad de problemáticas y demandas difíciles de canalizar en un marco donde desde las instancias de coordinación y gestión política no arrojaban directrices claras de qué y cómo hacer. Es así que se empezó por un intento de construir redes ya que “si el objetivo era que los pibes vuelvan al barrio era necesaria una red amplia que pudiera alojarlos, por algo esos chicos no estaban ahí” (Operadora de calle del Programa APINAR). Este diagnóstico confluyó con una iniciativa que se había comenzado a desarrollar hacia 2004 por la Delegación Departamental La Plata de la Subsecretaría de Minoridad del Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo de la provincia, consistente en la reunión periódica de la “Mesa Técnico-Operativa para la Atención de la Infancia y

Adolescencia en Situación de Vulnerabilidad”, lugar de encuentro y articulación de autoridades de distintas dependencias estatales y organizaciones que trabajaban con niños y adolescentes. A la coordinación de esta mesa se sumó rápidamente el, en ese momento, denominado Consejo del Menor y la Familia del municipio. Estas reuniones se realizaban en el centro de la ciudad, y comenzaron a plantearse la necesidad de articular con otra instancia similar en los barrios. Para esto se conformaron las primeras “mesas técnicas” o “mesas barriales” en distintos barrios periféricos de la ciudad de La Plata, cuyo objetivo era nuclear a los distintos actores comunitarios y referentes de instituciones estatales con trabajo en cada lugar para articular acciones e intervenciones.

Cuando se sancionó la Ley N° 13.298 de Promoción y Protección de los Derechos de los Niños en el año 2004 cambió gran parte del equipo de funcionarios en el municipio y el APINAR se reformuló en el Programa “Familias, Redes y Oportunidades Sociales” (FAROS). Se presentó como un programa con aires nuevos que se ajustaba a la implementación de la nueva ley. La marca distintiva era, en línea con lo que el municipio venía haciendo, la inserción territorial. Si bien la ley de promoción integral no establecía una línea específica para los chicos en situación de calle, el programa buscaba indirectamente seguir enfocado en esa población. El trabajo con las familias respondía a la intención de construir redes locales que pudieran alojar a los chicos para disminuir la presencia en calle. En este sentido, “estar en situación de calle” contemplaba distintas horas de permanencia en la calle. En la misma línea que el Programa “Chicos de la Calle” a nivel provincial, el FAROS amplía esta noción haciéndose eco del diagnóstico que el APINAR había adelantado. De este modo, se entendía que los chicos fundamentalmente desarrollaban estrategias económicas e incorporaban la permanencia en calle del propio barrio, al tiempo que reconocían factores familiares a trabajar.

En esta línea y acorde con la nueva legislación, se buscó fortalecer las mesas técnicas como espacios de coresponsabilidad, donde se congregaron una multiplicidad de actores y demandas. A esto se sumó la necesidad de trabajar con los chicos porque, según una trabajadora de FAROS “empezamos a ver en el centro la cara punitiva muy fuertemente, empezamos a hacer cosas en el barrio y a buscarlos para que vengan todo el tiempo”.

Como consecuencia, el pequeño equipo de trabajo de FAROS (dos o tres operadores por barrio) se dividió. Por un lado, uno o dos encargados de la parte “técnica”, es decir, de sostener las mesas y contener algunas demandas en tanto efectores del Estado, por otro lado, los encargados de pensar estrategias de trabajo con las familias. En el marco de esto último es que una trabajadora cuenta:

Ahí nosotros nos dimos maña para volver a la población para la que se nos había contratado. Trabajamos con un grupo donde todos, familias enteras, desarrollaban estrategias de supervivencia en la calle, del barrio o del centro pero en la calle, trabajamos con referentes de instituciones para que se entendiera la situación de los pibes y de por qué no estaban en el barrio (Trabajadora del Programa FAROS).

Es interesante observar dos cosas en este relato. Por un lado, lo mencionado líneas atrás sobre la heterogeneidad de situaciones que supone el “estar en la calle”. La incorporación de las calles del propio barrio da cuenta de un diagnóstico que la experiencia de este programa habilitó en la práctica y al que era preciso atender. Por otra parte, vuelve a aparecer una cuestión muy reiterada en los relatos de los empleados municipales, que es la cuota de autonomía con que realizaban sus tareas, cuya contracara era la falta de respaldo y de recursos:

...era todo ‘a la que te criaste’, nosotros le servimos siempre al municipio porque ellos podían mostrar que estaban haciendo algo ante el cambio legal. Ante cualquier duda nosotros estábamos en el barrio, haciendo redes. Pero igual que en APINAR, todo dependía de nuestros contactos (...) estábamos ahí solos con un cuaderno *Gloria* sin mucho más que dar (Operadora de calle en el APINAR y trabajadora del FAROS).

El FAROS consistió entonces en este primer intento de articulación en las mesas técnicas y en un conjunto de acciones poco sistemáticas y sistematizadas de talleres y actividades que variaban según el barrio y la iniciativa de los trabajadores asignados a cada territorio. Como se verá más adelante, esto cambiaría otra vez con la plena implementación de la Ley 13.298.

Lo analizado en este apartado muestra que las iniciativas desarrolladas

en el período de transición compartían las preocupaciones y discusiones en torno al cambio de paradigma. En ese sentido podemos observar que incluso los nombres de los programas se superponían –“Programa de Atención Integral a niños y adolescentes en situación de calle” en provincia y “Programa de Atención y Promoción Integral a la Niñez y Adolescencia en Riesgo” a nivel municipal– dando cuenta de la centralidad que el abordaje integral cobraba para trabajar con niños en situación de calle. Coherente con esto, se destaca la ampliación de los sentidos en torno a la definición de “chicos de la calle” y de las perspectivas respecto de los espacios en los que la tarea de los trabajadores de los programas debía desarrollarse. Al mismo tiempo –hasta la creación del programa FAROS– prevalecía la callejeada como estrategia de trabajo con esta población.

Por otra parte, la multiplicidad de actores que participaban en la implementación de las políticas –ONGs, trabajadores de los programas que provenían del campo de la militancia por los derechos de los niños, funcionarios a cargo de distintos ámbitos de la acción social municipal– conformaban un campo de tensiones que dificultaba la construcción de un lineamiento claro en el trabajo cotidiano con los niños.

El Paradigma de Protección Integral en plena vigencia

Una vez sorteados los innumerables atascos producto de un sinnúmero de pedidos de suspensiones y de revocatorias, se puso en marcha la ley 13.298, dejando definitivamente sin efecto el Patronato. Hacia el año 2007 se inauguró un nuevo campo de lucha en torno a la Ley de Promoción y Protección de los derechos de los niños: el del proceso de implementación (López, 2013). En este escenario, la desjudicialización de las intervenciones de origen asistencial fue destacada como el elemento más importante, sumado a un ingrediente novedoso: la “corresponsabilidad” en tanto herramienta que busca “sustituir la práctica de la derivación” (CIDN, 1989, artículo 21). Este imperativo moral supone que todos los ciudadanos e instituciones somos corresponsables de lo que le sucede a un niño, todos tenemos la obligación y responsabilidad de ayudar a promover y/o restituir un derecho vulnerado. De este modo, un “problema” como el de los niños de la calle, de ser objeto de intervención prácticamente exclusiva del Poder Judicial, pasa a ser disputado por instituciones que responden al Poder Ejecutivo provincial y/o local, in-

volucrando luego un actor más: instituciones y personas de la sociedad civil, que no reivindican para sí el derecho de intervenir, pero que se ven obligados a asumirlo. De no ser problema de nadie, pasa a ser problema de todos.

La aplicación concreta de la ley supuso la creación de una nueva institucionalidad para la implementación del Sistema de Promoción y Protección de los Derechos del Niño. Esto implicó la puesta en marcha de instancias territoriales para la atención de niños en el ámbito del Poder Ejecutivo municipal y provincial (Servicios Locales y Zonales de Promoción y Protección de Derechos), una reforma en el ámbito del Poder Judicial (creación de los fueros de Familia y de Responsabilidad Penal Juvenil), el diseño de procedimientos de atención de situaciones especiales y excepcionales y la organización y adecuación de la oferta programática destinada a la niñez y la adolescencia (Argentina, 2016).

En estos años las condiciones socioeconómicas del país también fueron otras, ya que no hay dudas de que durante el período de los gobiernos kirchneristas, sobre todo en el primer mandato y parte del segundo (2003-2007 y 2007-2011), la recuperación económica trajo aparejada un importante descenso del desempleo y la pobreza.

Entre los años 2002 y 2007 la Argentina ha transitado un período que se ha caracterizado por una serie de novedosas e inéditas dinámicas en lo que refiere a sus principales indicadores económicos. No solo se han alcanzado récords en materia de tasa de empleo, producto bruto interno, producto bruto industrial, exportaciones industriales, peso de las exportaciones en el producto industrial, sino que, lo más llamativo de todo, esto se ha producido de manera casi inmediata tras la peor de las recesiones que recuerde su historia (Varesi y Pinazo, 2011, p. 35).

En este contexto, hacia 2007-2008 se diseñó desde la Secretaría de Niñez de la provincia el “Programa Operadores de Calle” cuyo objetivo fue

crear y coordinar junto a los municipios grupos de operadores de calle que recorran los principales puntos de cada ciudad con el fin de promover y proteger los derechos de los niños en los barrios, además de mediar en situaciones de conflicto que incluyan a niños, niñas y adolescentes en la vía pública. Está destinado al abordaje inmediato e integral

de niñas, niños y jóvenes en situación de vulnerabilidad psicosocial y de conflicto que impliquen riesgos para sí o para terceros (Aergentina, 2015).

Además de este Programa, al momento de la escritura de este artículo, la Secretaría dispone de un “Parador Juvenil”, espacio al que pueden acudir transitoriamente los niños y adolescentes que no tienen hogar, y sigue existiendo el viejo “Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes en Situación de Calle”, focalizado en el otorgamiento de becas a las instituciones no gubernamentales que por convenio con la Secretaría desarrollan actividades dirigidas a esta población tendientes a proteger y promover sus derechos.

El Programa de Operadores está integrado por 16 miembros, la mayoría de ellos con mucha experiencia de trabajo con niños, que alternan entre tareas de capacitación, a otros municipios, y callejeadas, en la ciudad de La Plata. Las callejeadas son justamente las que permiten detectar situaciones de vulneración de derechos de los niños sobre las que intervenir; las mismas se llevan adelante en algunas zonas céntricas, pero fundamentalmente en los barrios de la periferia de la ciudad. Según los operadores del programa, más que advertir situaciones de vulnerabilidad en el centro de la ciudad como antaño, ahora las situaciones definidas como problemáticas se concentran en los barrios; en palabras de un operador: “hay un corrimiento de la calle al barrio, sin una presencia tan impactante, como la del chico tan deteriorado que se veía en los años ochenta, ahora hay más posibilidades de contención”.

La propuesta del programa incorpora, entre otras cosas, dos cuestiones con las que pretenden diferenciarse de las estrategias del municipio. Una, la forma de entablar el vínculo con el niño, consensuada a través de un pacto inquebrantable:

...yo drogado no te escucho, yo alcoholizado no te escucho, si vos te hacés el canchero con otro no te escucho... yo en todo caso puedo ver y estar cerca, yo si vos robas, no traigas lo robado conmigo. Cuando vamos a charlar nosotros tenés que estar, para vos poder escuchar y yo voy a estar acá para ser de tu confianza y escucharte, porque mi objetivo es cuando yo te escuche, vamos a redireccionar eso a otro lugar y ver si eso funciona. Nosotros hacemos acuerdos, son permisos y confianza con los

chicos, son acuerdos, no negociamos nada, no negociamos, ponemos en la mesa condiciones y estamos a disposición de esas condiciones (Coordinador del programa).

La otra cuestión es que se rompe con la vieja estrategia de las callejeadas basada en la intensa permanencia del operador junto a ese chico en el espacio público, permanencia que iba acompañada, según los técnicos del programa, de una relación muy asistencial basada en la provisión de alimentos, ropa, etc. Si bien plantea esta diferenciación, en línea con los otros programas, también considera que la calle es para estos chicos sumamente nociva, por eso hay que sacarlos de allí y buscar otros espacios alternativos comunitarios, que incluyan a la familia.

Estos actores institucionales entienden definitivamente que las actuaciones tendientes a la restitución de derechos deben tramarse en un complejo terreno signado por las exigencias de imperativos normativos y morales contemporáneos que ponderan los entornos familiares por sobre los institucionales, promueven “estrategias de intervención” ancladas en nociones como “el consenso”, “el diálogo” y “el acuerdo” y sitúan la resolución de conflictos a través del poder administrativo local como superador del anacrónico y arbitrario poder judicial (Barna, 2015).

Mientras tanto, en el ámbito local la aplicación efectiva de la nueva legislación fue demorada debido a que recién en enero de 2008 la Municipalidad de La Plata firmó el convenio de adhesión para implementar la Ley 13.298.¹¹ A partir de allí se disolvió el Programa FAROS y se creó la Dirección de Niñez y Adolescencia, que constituyó el Servicio Local de La Plata. En este marco, la problemática de la niñez en situación de calle quedó bajo la órbita de trabajo de esa dependencia.

En un primer momento, el Servicio Local se encontraba en el centro y contaba con un equipo interdisciplinario que atendía casos con el fin de concretar un abordaje integral acorde a la normativa. Luego, en una segunda instancia, por presión de los propios trabajadores –entre los que se encontra-

¹¹ Si bien el Concejo Deliberante de La Plata, a través de la Ordenanza Municipal N° 10.215, facultó en diciembre de 2006 al Poder Ejecutivo para adherir a la ley y elaborar un plan de acción para la conformación del sistema, este no firmó el convenio de adhesión correspondiente hasta más de un año después.

ban los del programa FAROS que habían sido reubicados— el Servicio Local se descentralizó en distintas sedes barriales, atento a que la atención de las problemáticas requería una presencia en territorio:

entonces nos mandan otra vez para el barrio, pedimos que nos mandaran al mismo donde habíamos estado con el FAROS que ya los conocíamos. Y ahí fuimos y seguimos con las dos patas, la de atención de casos, pero nosotros también hacíamos actividades e íbamos a las mesas técnicas si podíamos, seguimos con el armado de la red de corresponsabilidad, digamos (Trabajadora del Servicio Local, antes en FAROS y APINAR).

Cabe destacar que esta descentralización, si bien implicó un acercamiento a los territorios, se dio en el marco de un déficit total de recursos físicos y humanos para un adecuado desarrollo de la labor que tenían asignada, por lo cual su tarea se desarrolló atravesada por permanentes tensiones entre los trabajadores y el municipio por cuestiones salariales y de condiciones de trabajo, situación que al día de hoy no ha sido revertida.

En un tercer momento de esta redefinición de la política municipal, la temática volvió a ocupar un lugar específico en la agenda cuando nuevamente se hizo visible en el centro de la ciudad la presencia de niños en situación de calle.¹² En esta instancia se transfirieron desde provincia al municipio un grupo de operadores de calle que compartían el hecho de haber pasado por instituciones de encierro o comunidades terapéuticas. Con ellos volvieron las callejeadas pero con un nuevo carácter:

...ellos no hacían lo que hacíamos nosotros. Ahora los operadores se subían, bah, se suben porque yo me fui pero creo que sigue igual, a una camionetita, daban una vuelta y si veían a un pibe lo ‘invitaban’ a irse a su casa o lo llevaban. Después la propuesta fue que los llevaran al Servicio Local... a nada, porque no teníamos ni siquiera lugar” (Trabajadora del Servicio Local, antes miembro del FAROS y APINAR).

¹² En el año 2008 se suscita un conflicto muy intenso en la ciudad con un grupo de niños que dormían en el espacio público, en una de las plazas principales frente al edificio de la Gobernación, que generó una intensa movilización de organizaciones y miembros de la sociedad civil en favor de los derechos de estos niños (ver Badenes, 2009 y Galimberti, 2012).

Las nuevas callejeadas, entonces, ya no tienen el carácter vincular y de acompañamiento de los chicos, sino simplemente de localización “del caso” para que el Servicio Local trabaje con ellos y sus familias articulando con otras instituciones provinciales, municipales y organizaciones sociales, aborde que en la práctica se dificulta por la mencionada falta de recursos.

Actualmente la atención de los niños en situación de calle permanece dentro de la órbita del Servicio Local, es decir que en el ámbito municipal no existen programas específicos ni estrategias que indiquen que el tema ocupa un lugar privilegiado en la agenda.

La implementación de la nueva ley instala definitivamente la idea del abordaje integral, tal como las estrategias de abordaje demuestran: búsqueda de articulación entre múltiples actores que trabajan con las familias en los barrios de residencia. El eje de este nuevo abordaje reside en el corrimiento del trabajo desde el centro hacia el barrio.

Reflexiones Finales

A lo largo de este trabajo reconstruimos la trayectoria de los programas destinados a niños/as en situación de calle diseñados en la Provincia de Buenos Aires y el Municipio de La Plata entre 1983 y 2015. Los interrogantes que acompañaron la lectura sobre el fenómeno se vincularon con un interés por dilucidar tres cuestiones: 1) el modo en que se construyó el problema de los niños en situación de calle en las últimas tres décadas; 2) el tipo de abordajes y dispositivos propuestos para su atención, y 3) las concepciones subyacentes sobre la niñez y la situación de calle en dichos discursos y prácticas.

El fenómeno de la niñez en situación de calle en tanto objeto de atención pública y cuestión sobre la que se debe intervenir reconoce antecedentes de larga data en el país. La construcción del problema de los “chicos de la calle” ha mutado conforme se han resignificado las miradas sobre la niñez en general y la niñez pobre en particular. Muy simplificado, con el correr del siglo XX se logró revertir la visión original, efectuándose un pasaje desde una concepción punitiva, enraizada en el complejo tutelar y que proponía como alternativa la situación de encierro, hacia otra que intentó resolver la cuestión –al menos discursivamente– apelando a la restitución de derechos de esos niños, buscando integrarlos en su núcleo familiar y/o ámbito socio-comunitario.

Sin embargo, como otros tantos problemas, ha aparecido y desaparecido con intermitencias en la esfera pública. Que el fenómeno haya tenido tales discontinuidades no necesariamente obedece a que el problema haya sido más o menos grave, intenso o dramático, sino a que lo que es definido muchas veces como problema precisa ser legitimado como tal, y en tal proceso intervienen diversos actores, como los medios de comunicación, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, ámbitos de la burocracia, etc. Queda claro que no hay una linealidad entre percibir un problema y que el mismo sea legítimo y movilice acciones para su abordaje (Blumer, 1971).

En el caso de los programas que aquí se analizaron se evidencia que el diseño de los mismos estuvo supeditado a coyunturas complejas en el ámbito local. Niños en situación de calle hubo siempre; ahora bien, las respuestas del Estado provincial y municipal aparecieron o bien cuando esta presencia generó alteraciones en el orden público, o cuando las organizaciones de la sociedad civil presionaron por el reconocimiento y tratamiento estatal de la problemática.

En este proceso de visibilización/invisibilización se produjeron encuentros y desencuentros entre actores que se debatían la legitimidad por apropiarse del problema e intervenir sobre él, proponiendo modos de “encauzar”, “resolver” o “atender” este fenómeno, a través de los cuales fue posible observar cómo en diferentes momentos se pensó a una porción de la niñez y los particulares problemas que pueden afectarla en tanto campo de disputas socio-políticas.

Entre estos actores se destaca el lugar de las organizaciones de la sociedad civil y sus integrantes, así como el de los trabajadores estatales de las áreas que impulsaron algunos de estos programas. Por un lado, casi en la totalidad de las políticas estatales las organizaciones tuvieron un lugar privilegiado: en la demanda de intervención por parte del Estado, en la redacción de las políticas, en la formación y contribución de los recursos humanos que las implementaron. Por otro lado, los trabajadores de los programas, fundamentalmente los operadores de calle, reconocen en su tarea un perfil asociado a la militancia por los derechos de la niñez, incluso antes de que tales derechos fueran formalmente reconocidos.

En cuanto a los dispositivos propuestos para abordar a los/as niños/as en situación de calle, resulta interesante destacar cómo el factor común de todas

las intervenciones fue la callejeada, aunque con matices en cuanto al tipo de aproximación que se proponía: cuál era la función de la callejeada, cuál era el rol del operador y cuál el anclaje territorial en el que se debía realizar.

Sobre las concepciones de la niñez en general y de los chicos en situación de calle en particular, como se mencionó en los apartados precedentes, desde estos dispositivos se conceptualizó tempranamente a los/as niños/as como sujetos de derechos y a las políticas como herramientas para la restitución de derechos vulnerados. Sin embargo, las tensiones entre lo que se pronuncia teóricamente y lo que en la práctica acontece llevaron a que viejas y nuevas miradas y prácticas convivieran en el trabajo cotidiano con esta población. En el último período, a pesar de la instalación definitiva del nuevo paradigma, el lugar que ocupa la problemática en la agenda pública y los escasos recursos destinados a estos programas –sobre todo en el nivel municipal– atentaron en buena medida contra la posibilidad efectiva de restituir tales derechos.

En relación con la conceptualización de la niñez en situación de calle, emerge claramente una ampliación del sentido de esta noción. De ser inicialmente definida en términos restrictivos, como la presencia prolongada de niños/as pobres en espacios públicos céntricos y/o de densa circulación –terminal de ómnibus, trenes, etc. –, pasó a ser concebida en un sentido ampliado, atendiendo a la heterogeneidad de situaciones que supone estar en la calle. Por un lado, esta amplitud devino de reconocer que la presencia en las calles se correspondía con diferentes usos del espacio, los niños podían estar allí trabajando, viviendo y/o acompañando a familiares que trabajaban en la calle. Por otro lado, de descubrir que el estar en la calle suponía asimismo permanecer en el espacio público no solo céntrico sino también barrial.

Para concluir, interesa resaltar algunos rasgos comunes de las experiencias programáticas analizadas. Una cuestión central radica en la superposición en ciertos períodos de tiempo de programas provinciales y municipales que coexistieron ofreciendo propuestas similares que poco dialogaron entre sí. Esto no puede más que dar cuenta de la falta de articulación entre niveles que operan en el mismo territorio, perdiendo la posibilidad de potenciar la intervención al sumar y compartir recursos, saberes, experiencias, etc.

Otro punto a destacar es que para prácticamente todos los informantes, las dificultades y discontinuidades en los programas respondieron en gran parte a las dificultades de financiamiento y a la voluntad política de las ges-

tiones gubernamentales de turno de enfrentar esta cuestión. En este marco, la práctica de la callejeada, valorada por todos como la estrategia más adecuada, encontró siempre su propio límite: imposibilidad de sostener estrategias de acompañamiento de los/as niños/as a largo plazo y dificultades en la construcción de redes destinadas a intervenir en situaciones de por sí extremadamente complejas.

Bibliografía

- Argentina. Consejo Local de Promoción y Protección de Derechos de niños, niñas y adolescentes de La Plata (2012). *Políticas públicas destinadas hacia chicos en situación de calle en la ciudad de La Plata*. Recuperado de <https://consejocal.wordpress.com/2013/01/03/diagnosticos-2012/diagnostico-chicos-situacion-de-calle/>
- Argentina. Dirección de Acción Social de la Municipalidad de La Plata (1988). *Diseño Programa Municipal Chicos de la Calle*.
- Argentina. Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires (2016). Recuperado de <http://www.snya.gba.gob.ar/index.php/promocion-y-proteccion-de-derechos>.
- Badenes, D. (2009). Un estigma con-sentido. Derecho a la ciudad y violencia mediática: el caso de “los chicos de la glorieta”. *Question*, 1(21), 1-8. Recuperado de <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/709>
- Barna, A. (2015). Desentrañar sucesos, evaluar sujetos y producir verdades para ‘restituir derechos de niños. *Runa*, 36(1), 73-89. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96282015000100004
- Blumer, H. (1971). Social Problems as Collective Behavior. *Social Problems*, 18(3), 298-306.
- Camou, A, y Mateo, S. (2008). ¿El tiempo vence a la organización? Dinámica política, estructuras estatales y políticas sociales en la Provincia de Buenos Aires (1984-2004). *Cuestiones de sociología*, 4, 129-142.
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Galimberti, C. M. (2012). *Politización, participación política y acción colectiva: la emergencia y conformación de la Asamblea Permanente*

- por los Derechos de la Niñez en la ciudad de La Plata en el año 2008 (Tesina de Licenciatura en Sociología). FAHCE-UNLP. Recuperada de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.756/te.756.pdf>
- García Méndez, E. (2007). Infancia, ley y democracia: una cuestión de Justicia. *UNICEF, Revista Justicia y Derechos del Niño*, 9, 27-48.
- Goffman, E. (1994). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gomes da Costa, A. (1997). *Niños y niñas de la calle vida, pasión y muerte*. Buenos Aires: UNICEF.
- Gusfield, J. (2014). *La cultura de los problemas públicos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lambusta, D. (2014). *Políticas públicas destinadas a la niñez en situación de calle: El surgimiento y desarrollo de APINAR en la ciudad de La Plata en el año 1999*. Tesina de Licenciatura en Sociología. FAHCE-UNLP. Recuperada de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.977/te.977.pdf>
- Lezcano, A. (1997). Trabajadores infantiles: ¿quiénes fueron y quiénes son?. *Delito y Sociedad*, 6(9/10), 125-153. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4773245>
- Llobet, V. (2006). ¿Retratos de niño? Políticas sociales y derechos de niños/as en situación de calle. En S. Carli (Comp.), *La cuestión de la infancia. Entre la escuela, la calle y el shopping*. Buenos Aires: Paidós.
- Llobet, V. (2011). Las políticas para la infancia y el enfoque de derechos en América Latina: algunas reflexiones sobre su abordaje teórico. *Fractal: Revista de Psicología*, 23(3), 447-460. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v23n3/v23n3a02.pdf>
- López, A. (2013). Procesos de reforma legal e institucional en materia de infancia: una historia de tensiones entramadas. En M. Chaves y E. Fidalgo Zeballos (Coords.), *Políticas de infancia y juventud. Producir sujetos y construir Estado*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Noceti, M. B. (2000). Programa Chicos de la Calle. Aproximación Antropológica a su implementación. Trabajo presentado en el *Congreso Internacional de Políticas Sociales*. Universidad del Bío Bío y Fundación Andes. Concepción, Chile. Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p9.3.htm>
- Noceti, M. B. (2008). *Niñez en riesgo social y políticas públicas en Argentina*. Bahía Blanca: EdiUns.

- Raggio, L. y Sabarots, H. (2012). Políticas públicas en la ciudad de Buenos Aires dirigidas a juventudes vulnerables. Continuidades y transformaciones en la última década. *Runa*, 33(1), 9-31.
- Talak, A. y Ríos, J. (2000). El Niño en los espacios urbanos. En F. Devoto y M. Madero (Comp.) *Historia de la Vida Privada en la Argentina*, vol II. Buenos Aires: Taurus.
- Talamonti, P. (2013). *Niñez en situación de calle: experiencias de intervención en la ciudad de La Plata* (Tesina de Licenciatura en Sociología). FAHCE-UNLP. Recuperada de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.951/te.951.pdf>
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis.
- Varesi, G. y Pinazo, G. (2011). Acumulación, Políticas y Clases Sociales en la Argentina post-convertibilidad. En J. Gambina, B. Rajland y D. Campione (Comp.), *Hegemonía y proceso de acumulación capitalista en Latinoamérica hoy (2001-2007)*. Buenos Aires: FICYP.

“Me tiene que salir la sin aportes”: Políticas de transferencia de ingreso a la vejez en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social

Florencia Bravo Almonacid

En nuestra sociedad, la vejez se caracteriza por la transición a la inactividad laboral, lo que conlleva muchas veces tanto una disminución de los ingresos, como una restricción sobre las posibilidades de generación autónoma de los mismos. En particular, cuando esta etapa del curso de vida se transita bajo condiciones de pobreza y vulnerabilidad social, la situación reviste mayor vulnerabilidad aun, cobrando central importancia las políticas de protección social.

Durante la anterior gestión de gobierno en Argentina¹, el Estado otorgó especial centralidad a la implementación de políticas de protección social universalistas, dirigidas a diferentes grupos de edad. En este capítulo nos concentraremos en indagar sobre los modos en que el Estado ha intervenido a fin de paliar situaciones de vulnerabilidad para quienes se encuentran en la vejez –a través del estudio de una serie de políticas y programas de transferencia económica específicos– y cómo estos han cobrado significados heterogéneos por parte de quienes los ejecutan –técnicos– y quienes lo reciben –adultos mayores.

Sin lugar a dudas, las políticas de transferencia de ingreso bajo análisis se ligan con el reconocimiento que el Estado hace de un derecho social

¹ Se hace alusión al ciclo de gobierno que comprende los mandatos presidenciales de Néstor Kirchner y Cristina Fernández entre los años 2003 y 2015.

fundamental: la protección social de personas mayores. Ahora bien: ¿Cuáles han sido las opciones de políticas de transferencia de ingreso para la vejez en situación de vulnerabilidad? ¿Cómo impactaron en la cobertura de seguridad social para quienes están en este grupo de edad? ¿Qué características tuvo el acceso a dichas políticas para las personas mayores en situación de vulnerabilidad? ¿Cómo son significadas por actores estatales involucrados en la ejecución de las políticas y por personas mayores en condiciones de pobreza que han sido receptoras de las mismas?

Proponemos responder estos interrogantes desde una aproximación cualitativa, basada en el análisis de documentos y entrevistas, pero que se apoya también en una serie de datos estadísticos. El capítulo está organizado en tres partes. En la primera, se caracterizan tres políticas destinadas a los adultos mayores, el Programa de Inclusión Previsional (PIP), la Pensión No Contributiva a la Vejez (PNCV), el Servicio Socio Sanitario para la Tercera Edad (SATE), implementadas desde distintos organismos y niveles de gobierno, que incluyen sistemas contributivos de seguridad social y la asistencia social no contributiva. En una segunda parte, se analizan el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) a fin de tener un panorama sobre los alcances de la cobertura previsional de jubilaciones y/o pensiones, a nivel nacional y local. En la tercera y última parte se recupera el punto de vista de los técnicos de dos organismos públicos involucrados en el proceso de implementación de dichas políticas y de un grupo de personas mayores –todas ellas residentes en un barrio pobre de la ciudad de La Plata–² buscando dar cuenta de las formas de acceso, las barreras que lo limitan y su papel en las condiciones de vida de personas mayores.

² El barrio en el que se realizó el trabajo empírico abarca aproximadamente 40 hectáreas, situadas en su mayoría sobre terrenos fiscales. Según elaboraciones propias con base en datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 del INDEC, las viviendas con NBI son del 33,90%, porcentaje muy superior al del partido de La Plata (11,34%) y total país (9,13%). Solo el 2,05% de las viviendas posee cloacas, y el uso de garrafa como principal fuente para cocinar es del 82,46%. El análisis se realizó durante los años 2009/2013 en el marco de la tesis doctoral “Envejecer en la pobreza: prácticas y representaciones de personas mayores tendientes a su reproducción cotidiana en ámbitos domésticos y extradomésticos”.

1. Las políticas y programas de transferencia económica a la vejez

1.1. El sistema previsional y el Plan de Inclusión Previsional

El sistema previsional argentino es uno de los más antiguos del mundo, desde fines de los años cuarenta tuvo una rápida extensión de la cobertura, y una década después alcanzaba a casi la totalidad de los trabajadores formales. En dicha década se registró un cambio significativo por el pasaje en una lógica de capitalización individual a una lógica de reparto como principio estructural de determinación del haber jubilatorio (Calabria y Rottenschweiler, 2015). Pero ya hacia fines de los años setenta, el sistema empezó a presentar importantes y crecientes déficits económicos. En 1980 se introdujeron cambios regresivos en la forma de financiamiento,³ que no pudieron revertir la fragilidad financiera ni las fuertes bajas en los haberes jubilatorios (Arza citado en Calabria y Rottenschweiler, 2015). Durante los años noventa, en un contexto de hegemonía del pensamiento neoliberal, entró en vigencia la Ley nacional 24.241 por la cual se creó el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) que dispuso, como describe Cardozo (2009), la coexistencia de dos esquemas entre los que el trabajador debió optar: un régimen de reparto basado en la solidaridad intergeneracional, donde los activos contribuyen con sus aportes al mantenimiento del sistema, y que era –y sigue siendo– administrado por el Estado a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS), y un régimen de capitalización individual basado en una cuenta de ahorro individual, en el cual los trabajadores y las patronales entregan a una Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) el manejo e inversión de los aportes a la seguridad social para obtener rentabilidad, a cambio de una comisión.

La Ley 24.241 a su vez endureció las condiciones de acceso a las prestaciones del régimen previsional, elevando de quince a treinta el requisito de años de aportes para acceder a una jubilación ordinaria, y ascendiendo la edad requerida para acceder a la jubilación en cinco años tanto para hombres como para mujeres (65 y 60 años respectivamente). Estos incrementos

³ Los cambios en el financiamiento del sistema previsional giraron en torno a la eliminación de las contribuciones patronales y su reemplazo por recursos públicos recaudados a través de la ampliación del Impuesto al Valor Agregado (IVA).

en los requisitos jubilatorios, junto con el continuo deterioro del nivel de industrialización, sumado al agravamiento del problema del desempleo y la informalidad laboral durante la década del noventa, contribuyeron a generar una situación de desprotección social muy extendida.

En este marco, el Plan de Inclusión Previsional (PIP),⁴ tuvo como objetivo –tal como su nombre lo indica– lograr la inclusión en el sistema previsional de personas que se encontraban en situaciones complejas por el incumplimiento de los requisitos previstos para el acceso a la prestación de vejez impuestos por la Ley 24.241. Los casos contemplados eran tanto las personas en edad jubilatoria a las que le faltaban o no tenían los años requeridos de aportes formales, como las personas con 30 años de aportes formales que no cumplían con la edad jubilatoria y se encontraban en situación de riesgo para conseguir nuevo empleo.

En el artículo 2° se contempló el acceso a la jubilación anticipada teniendo como requisitos: haber cumplido 60 años de edad los varones y 55 años de edad las mujeres, acreditar 30 años de servicios con aportes computables en uno o más regímenes jubilatorios, acreditar encontrarse en situación de desempleo al día 30 del mes de noviembre de 2004.

En el artículo 6° se estableció que los trabajadores que durante el transcurso del año 2004 hubieran cumplido la edad requerida para acceder a la Prestación Básica Universal de la Ley 24.241, tendrían derecho a inscribirse en una moratoria aprobada por la Ley 25.865 pudiendo pagar en cuotas la deuda reconocida por los años no aportados.

A partir de esta nueva legislación, las personas que cumplieran los requisitos arriba expresados, podían tener acceso a una jubilación.⁵

⁴ El cual entró en vigencia a partir de enero de 2005 mediante la Ley nacional 25.994 y el Decreto 1454/05.

⁵ Se debían seguir una serie de pasos que implicaban la adhesión a la moratoria (según los cambios en la misma, se prevé la incorporación de las cuotas de la moratoria que se descuentan de los haberes previsionales que se ajustan de acuerdo a los aumentos de la movilidad jubilatoria, como también en la tramitación que se realiza íntegramente vía ANSeS, sin mediaciones) y luego abonar la primera cuota y/o las cuotas previsionales correspondientes a los años que no hubieran entrado en la moratoria (debían abonarlos antes de iniciar el cobro del haber jubilatorio). Las restantes cuotas, luego de iniciar el cobro, se descontaban automáticamente y mensualmente del monto del haber jubilatorio.

Las jubilaciones realizadas mediante el plan tuvieron una cobertura de 2,3 millones de personas hasta abril de 2010. Las mujeres obtuvieron gran parte de estos nuevos beneficios, accediendo al 70% de los mismos (ANSES, 2010; Boudou, D'Elia y Lo Valvo, 2007). La Ley 25.994 tuvo vigencia hasta el 30 de abril de 2007 inclusive. Luego el PIP se apoyó en la Ley nacional 24.476 reglamentada por el Decreto 1454/05, que contemplaba la regularización de la deuda para períodos anteriores a 1994, lo cual restringía año a año la posibilidad de regularizar aportes a través de la moratoria. En el año 2014, luego de que comenzaran a mermar las tasas de cobertura previsional,⁶ se implementó una nueva moratoria previsional –avalada por la Ley 26.970– donde se contemplaron regulaciones de deuda para períodos anteriores a 2004. Esta nueva apertura, con vigencia solo por dos años, se diferenciaba de la anterior principalmente porque focalizaba el acceso a personas en situación de vulnerabilidad incorporando una evaluación socioeconómica del solicitante.⁷ Actualmente sigue en vigencia la moratoria de la Ley 24.476 que permite regularizar montos hasta el año 1993, pero como limita considerable y progresivamente la cantidad para regularizar los aportes, se estima que la cobertura tiende a descender nuevamente.⁸ El monto percibido por la jubilación por moratoria equivalía al haber mínimo menos el pago de la cuota de la moratoria, que dependía de la cantidad de años incluidos y de la edad al realizar el trámite de jubilación. En marzo del 2015 la jubilación mínima fue de \$3.821 y el descuento en la moratoria equivalía aproximadamente al 18% (Curcio, 2011).⁹

⁶ Según datos de la EPH, la tasa de cobertura a partir del año 2010 comenzó a disminuir hasta 3 puntos porcentuales en 2014 (Calabria y Rottenschweiler, 2015).

⁷ Los cambios implementados en la última moratoria prevén la incorporación en las cuotas de la moratoria (que se descuentan de los haberes previsionales) se ajusten de acuerdo a los aumentos de la movilidad jubilatoria. También incorpora el tema de la tramitación que se realiza íntegramente vía ANSES, sin mediaciones.

⁸ Calabria y Rottenschweiler (2015) señalan que antes de la implementación de la última moratoria del año 2014, el promedio mensual de altas de beneficios previsionales con moratoria fue disminuyendo de 27 mil en el año 2009, 22 mil en 2010, 16 mil en 2011, 14 mil en 2012, 11 mil en 2013 a 10 mil en 2014.

⁹ La jubilación mínima con moratoria era de aproximadamente \$3133.22 (USD355) en 2015.

1.2. Las Pensiones No Contributivas a la Vejez y el Plan Servicio Socio Sanitario para la Tercera Edad (SATE)¹⁰

Las Pensiones No Contributivas (PNC) son beneficios obtenidos sin vinculación con la trayectoria laboral formal, cuyas condiciones de adquisición responden a diferentes requisitos. El objetivo principal de esta política consiste en promover el acceso a derechos de personas en situación de vulnerabilidad social a través de la asignación de pensiones que no requieran de aportes para su otorgamiento (MTESS, 2012). El programa de PNC incluye siete tipos de beneficios, entre los que se encuentran las pensiones asistenciales por vejez, por invalidez, a madres de siete o más hijos, graciabiles a familiares de desaparecidos, a excombatientes de la guerra de Malvinas y las otorgadas por leyes especiales.

Como señalan Grushka y Bertranou (2004) las pensiones asistenciales a la vejez junto con las pensiones graciabiles son las más antiguas. La pensión asistencial a la vejez data del año 1948, con aplicación a partir de 1949. Tiene como marco la Ley Nacional 13.478, que estableció que a toda persona mayor de 60 años no amparada por un régimen de previsión se le confiriese una pensión a la vejez. Al reformarse el sistema previsional en 1994, el programa de PNC fue separado de los programas contributivos, los cuales fueron reorganizados en el SIJP. A partir de enero de 1996 el programa de PNC pasó a ser administrado por la Secretaría de Desarrollo Social, que hasta 1999 dependió de la Presidencia de la Nación, y luego del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente. Desde 1997, a partir del decreto reglamentario 432/1997, se dispusieron como requisitos elevar la edad a 70 años, ser argentino o naturalizado o extranjero con veinte años de residencia continuada en el país y no estar amparado en ningún beneficio previsional como tampoco el cónyuge del potencial beneficiario. Además, se transfirió la cobertura médico-sanitaria de los beneficiarios de estas pensiones, efectuada hasta ese momento a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI),¹¹ al Programa Federal

¹⁰ El Servicio Socio Sanitario para la Tercera Edad, anteriormente era denominado Seguridad Alimentaria a la Tercera Edad. Las siglas utilizadas actualmente se corresponden con dicha denominación.

¹¹ PAMI es una obra social destinada a los jubilados y pensionados nacionales como también a las personas de 70 años y más sin obra social.

Incluir Salud (ex PROFE)¹² dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Cabe destacar que a partir del año 1994 la incorporación de nuevos beneficiarios a la pensión se generó solo a partir de una baja en el padrón, lo que produjo un estancamiento en el número de beneficiarios (Grushka y Bertranou, 2004). Fue recién a partir del año 2003 cuando se amplió dicho número: según el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2012) la cantidad de prestaciones para el total país era de 43.272 en diciembre de 2003, aumentando a 92.517 en diciembre de 2006, y descendiendo a 38.432 en junio de 2012. En el caso de la provincia de Buenos Aires, los beneficiarios de esta asistencia nacional eran 12.797 en 2012. El promedio de ingreso por una pensión no contributiva asistencial a la vejez en junio de 2012 era de \$1207,09.

Como señalan Ringold y Rofman (2008), los gobiernos provinciales cumplen un rol importante en lo que respecta a la protección social. Las autoridades de las provincias tienen la facultad de implementar sus propios programas de protección social, incluidas las transferencias de ingresos. El SATE es un ejemplo de ello, estableciéndose como un programa de transferencia económica implementado a partir del año 2003 por el Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires y administrado a través de los municipios de la provincia.¹³

Este programa está destinado a personas de 60 años y más que no posean jubilación, pensión ni otro plan social. Los requisitos para acceder al mismo son relativamente simples: se debe presentar el documento de identidad argentino y un certificado negativo de ingresos expedido por la ANSES. En la ciudad de La Plata, este plan se implementa y se tramita a través del municipio, en el Consejo Municipal de la Tercera Edad, ubicado en el centro de la ciudad. Según datos del Consejo, la cantidad de prestaciones rondaba las 1500 personas. Se destaca que el monto de ingreso a partir de junio de 2015 era de \$800 pesos

¹² PROFE fue un programa del Ministerio de Salud de la Nación que brindaba cobertura médica a las personas que poseían una PNC.

¹³ El SATE tiene como antecedentes el plan ASOMA desarrollado durante los noventa, luego transformado en el programa UNIDOS, destinado a personas mayores en situación de pobreza de la provincia de Buenos Aires implementado con recursos económicos nacionales, que otorgaba alimentos y/o tickets o vales por alimentos. En el año 2003, luego de una evaluación que mostraba las heterogeneidades en los consumos alimentarios de los adultos mayores, principalmente por especificaciones por enfermedades, se modificó y se empezó a otorgar una transferencia económica, realizada a partir de ese momento con fondos provinciales.

bimestrales, sensiblemente menor que una jubilación mínima y que las PNC y que el programa no contempla ninguna prestación en el campo de la atención a la salud, cuestión particularmente sensible en esta etapa del curso de vida.

En síntesis, las políticas destinadas a la protección social a la vejez muestran heterogeneidades y cambios respecto a la concepción que el Estado tuvo sobre este grupo de edad, donde visualizamos divergencias en los criterios etarios, en los ingresos y características de las prestaciones, y en el tipo de sistema –contributivo o no contributivo. Se destacan los distintos cortes etarios de los que se ha valido para focalizar la población destinataria (60, 65 y 70 años y más), que fueron mutando producto de un aumento en las restricciones en el acceso durante los años noventa en las políticas contributivas y no contributivas, como luego de la crisis social y política del año 2001, donde se implementó una política focalizada para personas de 60 años y más. Se sostiene que el Estado ha definido cronológicamente la vejez desde las políticas de transferencia de ingresos, no respondiendo necesariamente con soluciones al aumento de la esperanza de vida producto del envejecimiento poblacional,¹⁴ sino a coyunturas político económicas específicas y a la particularidad de la población destinataria.¹⁵ Ahora bien, un cambio importante que muestran estas políticas bajo estudio fue la implementación del PIP que incorporó en la práctica a la categoría de jubilados no solo a trabajadores formales, sino también a informales y precarizados, a trabajadoras domésticas remuneradas y no remuneradas, desdibujando temporalmente las fronteras de los sistemas contributivos y no contributivos para la protección social de la vejez.

Una vez trazado el cuadro de situación sobre las políticas y programas de transferencia económica a la vejez, en el siguiente apartado ahondaremos en el alcance que efectivamente ha tenido el sistema de cobertura previsional.

2. Cambios y tendencias en la cobertura previsional

Durante la década del noventa un dato sumamente destacable fue que la tasa de cobertura previsional fue disminuyendo progresivamente hasta llegar

¹⁴ Los aumentos de la edad de acceso a pensiones contributivas como no contributivas debido al aumento de la esperanza de vida se han estado implementando en varios países, principalmente europeos.

¹⁵ Actualmente se ha implementado la Pensión Universal para el Adulto Mayor, política no contributiva a la vejez, que fija una edad de acceso de 65 años y más.

a su nivel más bajo en el año 2002. Esta tendencia producida por los crecientes niveles de desempleo e informalidad laboral, junto con la reforma previsional de 1996, generó niveles altísimos de desprotección social en la vejez.

Atento a ello, en este apartado se analizan las tendencias de la cobertura previsional nacional para varones y mujeres durante el período 2001/2010, con base en datos del Censo Nacional de Hogar, Población y Vivienda del INDEC del año 2001 y 2010; y para abordar el impacto del PIP (implementado por primera vez en el año 2005), la percepción de beneficios previsionales en varones y mujeres durante el periodo 2004/2012¹⁶ con base en la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC, del total de aglomerados urbanos y del aglomerado del Gran La Plata.

Si se analizan los datos del año 2001 se visualizan dos problemáticas: por un lado, el alto porcentaje de personas en edad jubilatoria sin cobertura, y por otro, la diferencia de cobertura entre varones y mujeres.

Cuadro N° 1
Porcentajes de mujeres de 60 y más y varones de 65 y más,
según percepción de jubilación o pensión. Total país

| Sexo y grupo de edad | 2001 | | 2010 | |
|----------------------------|------------------------------|-------|------------------------------|-------|
| | Percebe jubilación o pensión | | Percebe jubilación o pensión | |
| | Sí | No | Sí | No |
| Varones | | | | |
| 65-74 | 64,58 | 35,42 | 85,21 | 14,79 |
| 75 y más | 88,04 | 11,96 | 97,08 | 2,92 |
| Total promedio de 65 y más | 73,19 | 26,81 | 89,72 | 10,28 |
| | | | | |
| Mujeres | | | | |
| 60-74 | 49,17 | 50,83 | 83,74 | 16,26 |
| 75 y más | 81,64 | 18,36 | 97,15 | 2,85 |
| Total promedio 60 y más | 60,08 | 39,92 | 88,29 | 11,71 |

Fuente: elaboración propia con base en los Censos Nacionales de Hogar, Población y Vivienda del año 2001 y 2010

¹⁶ La elección de este periodo se corresponde con el año anterior de la implementación del PIP, año 2004, y el último año analizado, 2012.

En las últimas décadas las investigaciones sobre mercado de trabajo urbano han destacado el aumento de la participación femenina.¹⁷ Sin embargo, a pesar de estos crecientes niveles de incorporación, durante la década del noventa las mujeres muestran una peor situación en cuanto a la condición de actividad, con mayores tasas de desocupación (Eguía y Piovani, 2003) y con una prevalencia de empleos sin beneficios sociales (Eguía, Piovani, Peiró y Santa María, 2010).

Los porcentajes de percepción de jubilación y pensión y la diferencia entre varones y mujeres se revierten en los datos censales obtenidos en el 2010, donde se observa un claro aumento en la percepción de jubilaciones y/o pensiones (alcanzando en la población de 75 años y más de ambos sexos una cobertura superior al 97%), y una merma pronunciada en la diferencia entre sexos, debido al aumento, cercano a los 30 puntos porcentuales, en la percepción de jubilación de las mujeres.

Ahora bien, si el cambio en la tendencia no se explica por una mejora en las características del mercado de trabajo femenino, como se sigue de los trabajos de Eguía y Piovani (2003), y Eguía et al. (2010), debemos indagar los cambios en las tendencias de la cobertura a partir de la implementación del PIP.

Según datos de la ANSeS (2010), del total de jubilaciones por moratoria para el año 2010 un 78% de sus beneficiarios eran mujeres. Durante el período 2004/2012, se evidencia un incremento estimativo en la percepción de 19 puntos porcentuales, distribuyéndose 25 puntos en las mujeres y 13 puntos en los varones. Este aumento de las jubilaciones de mujeres es 12 veces superior en puntos porcentuales respecto al incremento en la percepción de jubilación de varones, lo que muestra, desde el año 2011, una tendencia a equiparar los niveles de cobertura entre ambos sexos. Resulta interesante ver cómo una política destinada a paliar situaciones de vulnerabilidad de la población mayor ha tenido un impacto fuerte en el desigual acceso a la seguridad social para varones y mujeres.

¹⁷ El aumento de la participación femenina se puede vincular con varios factores: los procesos de individuación y autonomía conjugados con el descenso y postergación de la fecundidad, la expansión de las credenciales educativas de las mujeres, la caída de los salarios, de la empleabilidad y estabilidad del trabajo de los hombres, el aumento de la tasa de divorcios y de los hogares monoparentales de jefatura femenina (CEPALcitado en Eguía et al., 2010).

Cuadro N° 2

Porcentajes de mujeres de 60 y más y varones de 65 y más según percepción de jubilación o pensión. Total de aglomerados urbanos

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Mujeres | 51.1 | 51.2 | 51.7 | 64.9 | 71.6 | 72.7 | 74 | 77.3 | 76.6 |
| Varones | 64.1 | 63.3 | 63.6 | 66.6 | 70.6 | 71.6 | 71.9 | 77.2 | 77.1 |

Fuente: elaboración propia con base en la EPH-INDEC trimestral

Si consideramos los datos de la EPH del INDEC correspondientes a los segundos trimestres desde el año anterior a la implementación del PIP, 2004 hasta el año 2012, del total de aglomerados urbanos del país, podemos apreciar un incremento en la percepción de jubilación y/o pensión de la población adulta mayor. El mayor aumento en la percepción para ambos sexos se ubica entre los años 2006 y 2008, superior a 13 puntos porcentuales, momento en donde se produce una estabilización. Entre 2008 y 2012 el incremento es solo de 5 puntos. Esta tendencia en la evolución de la percepción de beneficios previsionales coincide temporalmente con el comienzo de la implementación del PIP como también con los cambios y temporalidades de dicho programa.

Los datos para el Gran La Plata también muestran un incremento en la percepción de jubilación y/o pensión, estimándose en 13 puntos porcentuales entre el período 2004 y 2012, con un aumento de 22 puntos para las mujeres y 3 puntos para los varones.

Cuadro N° 3

Porcentaje de mujeres de 60 y más y varones de 65 y más según percepción de jubilación o pensión. Aglomerado Gran La Plata

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Mujeres | 53,9 | 53,0 | 58,9 | 62,5 | 68,8 | 78,5 | 76,6 | 77,3 | 76,6 |
| Hombres | 72,0 | 68,2 | 66,7 | 74,4 | 80,6 | 79,5 | 75,6 | 77,2 | 77,1 |

Fuente: Elaboración propia con base en la EPH-INDEC trimestral

En síntesis, los datos presentados permiten visualizar que la puesta en marcha del PIP produjo un aumento de la cantidad de personas que perciben jubilación, principalmente de las mujeres. Tal como destaca Cardozo (2009)

el Plan de Inclusión Previsional actuó como una política de transferencia de corte universal hacia las personas mayores, aunque, es importante destacar como se señaló anteriormente, que este plan no introdujo cambios permanentes en el sistema previsional, dada su focalización temporal, punto débil y problemático para quienes se van incorporando a ese grupo de edad y que por distintas razones no tienen acceso a la protección social.

3. Las políticas en territorio: acceso, barreras y alcances de las políticas destinadas a la vejez

Analizar las políticas de transferencia de ingresos desde una mirada integral implica incorporar las perspectivas de distintos actores involucrados en el proceso, por ello en esta sección se analiza el punto de vista de diferentes actores.

En una primera parte se expone la mirada de personal técnico –ANSeS y Consejo de la Tercera edad de la Ciudad de La Plata. En una segunda parte se da cuenta de la situación respecto a las políticas, programas y planes estatales de transferencia de ingreso de personas mayores en condiciones de pobreza. En este último caso, se realizaron entrevistas sobre distintas dimensiones de la vida cotidiana en la pobreza de personas mayores de un barrio de la periferia de la ciudad de La Plata.¹⁸ Dicho barrio abarca aproximadamente 40 hectáreas, situadas en su mayoría sobre terrenos fiscales. Según elaboraciones propias con base en datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 del INDEC, las viviendas con NBI son del 33,90%, porcentaje muy superior al del partido de La Plata (11,34%) y total país (9,13%).¹⁹

3.1. Una mirada sobre el PIP: el caso de los técnicos

Si nos centramos en el PIP, la mirada general de trabajadores técnicos de organismos estatales muestra valoraciones positivas. Se pondera el cambio

¹⁸ Durante el trabajo de campo –2008 a 2013– se realizaron 30 entrevistas a 23 personas mayores, ya que en varios casos se realizaron re entrevistas para profundizar aspectos relevantes para la investigación. Este corpus se realizó en el marco de la tesis doctoral “Envejecer en la pobreza: prácticas y representaciones de personas mayores tendientes a su reproducción cotidiana en ámbitos domésticos y extradomésticos”.

¹⁹ Solo el 2,05% de las viviendas posee cloacas, y el uso de garrafa como principal fuente para cocinar es del 82,46%.

de perspectiva en las políticas sociales hacia las personas mayores, sobre todo el pasaje de políticas focalizadas y asistenciales, hacia políticas universales y contributivas, así lo expresa una técnica de ANSeS

Se hizo accesible un beneficio previsional que no tuviera un carácter no contributivo, que no fuera una mera asistencia, sino encararlo desde un punto de vista de la seguridad social... hubo un cambio de perspectiva, dejar el mero asistencialismo para pensar desde la seguridad social, tiene otra dignidad para la persona y uno lo ve en el público permanentemente... es un beneficio contributivo, se da una facilidad para pagar para completar los aportes que estaban faltando (Entrevista a Técnica del ANSeS).

En este sentido, señalaron que acceder a una jubilación permite la obtención de prestaciones a servicios de salud y de otros servicios sociales, de gran importancia en esta etapa del curso de la vida.

La moratoria te permite, más allá de tener o no aportes, el beneficio de la jubilación, y te implica obra social, aguinaldo, y es una cobertura para gente mayor que antes estaba muy desprotegida (Entrevista a abogada del Consejo Municipal de la Tercera Edad).

Es importante destacar que las diferentes etapas de esta política social, entendidas a partir de los cambios producidos en la legislación del Plan, hicieron más restrictivo su acceso, principalmente por el achicamiento continuo del período de la moratoria.

Lo que pasa es que se fue modificando desde que se inició como amas de casa, la Ley... porque antes con la primera moratoria [Ley 25.994] entraba todo en moratoria, hasta el 2004, y de acuerdo a la edad era entre \$200 y \$300, no pasaba de ahí, pagabas la primera cuota y accedías a la jubilación, tardaba 2 o 3 meses en salirte, esto no varió. Ahora cambió, la moratoria es hasta el mes 9 del '93, entonces al hombre le entra todo en moratoria... paga solo la primer cuota, pero la mujer le quedan 5 años que lo que hay que hacer es comprar esos años. En definitiva ya sé que cuesta más, pero tenés la posibilidad de pagar... Lo que entiendo es que también a la gente le cuesta conseguir ese dinero (Entrevista a personal

técnico del Consejo Municipal de la Tercera Edad).

Los cambios se deben a un re emprolijamiento de la moratoria, ajustar a la realidad, que no se podían hacer cuando lo que nos desbordada era la realidad... Hay cambios en qué períodos se pueden regularizar... lo que sí empieza a pasar, es que los que están cumpliendo ahora la edad jubilatoria, si no tienen otros aportes... el paso del tiempo la va llevando [a la Ley de moratoria] a su agotamiento (Entrevista a personal del ANSeS).

En relación con el impacto en los adultos mayores en situación de pobreza, el PIP se visualiza como un “mecanismo para la inclusión social de las personas mayores”, pero asimismo se consideran diferentes limitantes para su acceso, como el pago de la primera cuota de la moratoria por anticipado, el acceso a la información del plan por su forma de difusión y la realización de los trámites:

En todas las delegaciones [municipales] saben que acá hacen asesoramiento gratuito, mayormente vienen para acá y yo los asesoro, porque hay gente que no sabe, que lamentablemente desconoce, se cree que no tiene aportes y no les corresponde, y es para gente con aporte y sin aporte... Yo sé que mucha gente que no tiene conocimiento [del PIP]... hay gente que no entiende mucho [el procedimiento] entonces lo que hago, es que venga con un hijo, eso me pasa sobre todo con la periferia, pero el tema de los barrios no, por ahí ves gente que tiene la edad y no tiene nada (...). El ANSeS es muy limitado, no le da mucha información, del ANSeS lo manda a la AFIP, y de la AFIP lo manda para acá (Entrevista a personal del Consejo de la Tercera Edad).

Estos testimonios no hacen más que visualizar los diversos elementos que –desde el punto de vista de los agentes estatales– entran en juego en la incorporación al PIP de las personas mayores en situación de vulnerabilidad. Si bien su puesta en marcha ha logrado incorporar al sistema de protección social a muchísimos adultos mayores, los problemas en el acceso a la información, en el manejo de los saberes específicos para su tramitación y/o ingresos insuficientes para poder incorporarse a la moratoria, son destacados en tanto barreras objetivas que han limitado u obstaculizado su efectiva llegada a quienes más lo necesitan.

A continuación nos ocupamos específicamente de este punto, presentando la mirada de las personas mayores de un barrio con características de pobreza estructural de la ciudad de La Plata, que nos permite visualizar distintas estrategias, límites y posibilidades en el acceso a políticas de transferencias de ingresos a la vejez.

3.2. La mirada de los destinatarios

En esta sección presentamos las políticas de transferencia de ingreso para personas mayores que identificamos en el barrio durante el período de la investigación.²⁰ Primero los casos de jubilación, luego pensiones y finalmente planes y programas, que aunque no están destinados a este grupo etario, resultan importantes para comprender las políticas de transferencia de ingreso en estos sectores socioeconómicos.

Comenzamos este apartado con la historia de José,²¹ que ilustra algunas cuestiones respecto de las estrategias de obtención de las políticas que interesa destacar en este capítulo:

En la primera charla que mantuvimos, José (65) comentó que había empezado a tramitar la jubilación, 'la sin aportes'. Hacía más de 8 meses que se la estaba gestionando un abogado a quien había contactado a través de un comedor comunitario ligado al PJ. Él estaba ansioso porque 'ya' le tenía que salir. Nunca había tenido un empleo formal, así que era la primera vez que iba a tener una estabilidad de ingresos y beneficios sociales. Estaba cobrando el Plan SATE, por lo que percibía \$120 bimestrales.²² Mientras charlábamos, algo llamativo era el tiempo de espera de la jubilación ya que generalmente demoraba mucho menos. Le pregunté si quería que averiguara en ANSeS el estado del trámite para saber cuán-

²⁰ Como se señaló en la introducción, el trabajo de campo se realizó durante los años 2008-2013 en el marco del desarrollo la tesis doctoral "Envejecer en la pobreza: prácticas y representaciones de personas mayores tendientes a su reproducción cotidiana en ámbitos domésticos y extradomésticos" del Doctorado en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP.

²¹ El relato está elaborado en base a los datos producidos en las entrevistas, charlas informales y notas de campo de las observaciones. Está presentado en primera persona desde la investigadora, porque permite rearmar mejor la escena de interacción entre ella y los entrevistados.

²² Monto correspondiente al año 2009.

to tiempo faltaba, al hacerlo, nos encontramos con una mala sorpresa: el trámite no estaba iniciado.

Esta noticia conmocionó y entristeció mucho a José, quien pensaba que ese mes o el siguiente iba a obtener la jubilación. Frente a esta situación, solicitó que lo acompañe al estudio de abogados para saber qué había pasado. Lo pasé a buscar por su casa y nos tomamos el colectivo. Llegamos al estudio y rápidamente nos atendió uno de los empleados. Le llamó mucho la atención que José no hubiera ido solo, como las otras veces, cuestión que repitió bastante durante el tiempo que estuvimos ahí. Él nos explicó que no había empezado a hacer los trámites porque hacía poco tiempo que José había cumplido los 65 años, aunque habían pasado ya alrededor de cinco meses. Supuestamente ya habían realizado los registros en la ANSeS y pronto tomaría curso el trámite. El lenguaje que utilizaba el abogado era excesivamente técnico, de modo que no era difícil advertir que buscaba, adrede, ser inespecífico. Lógicamente, a José le molestó mucho esta situación porque se sintió engañado, por lo que le pidió no seguir el trámite con ellos. Fue una sorpresa cuando el empleado le dijo que no podía hacer eso ya que José les había firmado un pagaré en blanco, y por lo tanto era conveniente que siguiera con ellos. José negó haber firmado —él es analfabeto—, pero el abogado exhibió el pagaré con una cruz, según ellos, con la firma de José. Aunque se sintió estafado, frente a tal acorralamiento no vio otra opción que continuar con ese estudio jurídico. El abogado se comprometió a realizar el trámite de inmediato y nos pidió los teléfonos para mantenernos al tanto del avance de la jubilación. Finalmente a los 3 meses logró concretar el primer cobro de la jubilación.

Esta historia pone rápidamente en evidencia la extrema vulnerabilidad a la que están expuestas estas personas, no solo en términos materiales sino también simbólicos, y que termina dificultando u obturando el acceso a la protección social implementada desde el Estado. La poca información y el modo en que se trasmite, definitivamente atenta contra las posibilidades efectivas de incorporación al sistema, siendo los adultos mayores —como en el caso arriba presentado— muchas veces víctimas de extorsiones y chantajes que alteran profundamente su sensibilidad y credibilidad en el sistema.

Como se señaló en el primer apartado, los cambios en el sistema previ-

sional argentino desde el año 2005, a partir de la implementación del Plan de Inclusión Previsional, flexibilizaron los requisitos para el acceso a la jubilación ordinaria permitiendo un aumento en la cobertura previsional de varones y mujeres en edad jubilatoria. En el barrio, las personas mayores que obtienen ingresos del sistema contributivo nacional lo hicieron a partir de jubilaciones realizadas a través de dicha política.

Para dicha tramitación y obtención las personas mayores del barrio han seguido diferentes caminos, no exentos de problemas. Encontramos diferentes modos de conocimiento del plan como así también tres vías de acceso diferentes llevadas a cabo por las personas mayores:

-Vía comunitaria/territorial: "Trabajaba en el comedor de acá nomás... cocinaba... y nos avisaron de la nueva jubilación... la de amas de casa vio... llevamos los papeles y enseguidita nos salió, por suerte" (Entrevista a Felipa, 64 años).

La tramitación y posterior obtención de la jubilación –mediada por agrupaciones políticas– se desarrolló solo durante el primer año de la puesta en marcha del PIP, a partir de un convenio de la provincia de Buenos Aires con ANSeS, por el cual los municipios de la provincia subsidiaban la cuota inicial a las personas que carecían de recursos. Esta modalidad no presentó costos monetarios para su tramitación ni problemas asociados a la falta de información, y el tiempo de gestión para su obtención fue corto. Como observa Merklen (2005) las organizaciones de base territorial a partir del año 2000 se constituyeron como un actor de relevancia en las arenas locales y nacionales como también en la gestión de las políticas sociales. La organización barrial que articuló el PIP en el barrio no tuvo más inserción barrial desde el año 2008, cuando dejó de funcionar el comedor que organizaban. A partir de ese año ninguna otra organización política, social, estatal o no, gestiona o brinda información sobre el plan.

-Vía privada: Pedro se contactó con el abogado a través de un referente de un comedor. El trámite le tardó mucho tiempo, él no recuerda bien, pero estima unos 4 años. Recién le salió en el 2011, cuando lo entrevisté la primera vez lloraba porque no sabía nada del trámite, y solo cobraba el Plan mayores de 70 años (Nota de campo: 17 de mayo de 2009).

En este caso la jubilación por moratoria se tramitó por medio de la contratación de los servicios de abogados particulares. Esta modalidad fue la

que más se utilizó entre los entrevistados. Los contactos con los abogados se generaron de diversas maneras, principalmente por vínculos previos con vecinos y/u organizaciones barriales. Las personas mayores veían un aspecto positivo en esta vía de tramitación, ya que cubría el pago por adelantado de la primera cuota de la moratoria y de los honorarios de dichos profesionales –que se los descontaban de los primeros tres o cuatro haberes percibidos– según el tipo de convenio que realizaran. Entre las cuestiones negativas de dicha estrategia se visualizaban tanto aspectos económicos, como el costo total de esta modalidad, así como temporales, dado que el tiempo de obtención variaba entre uno y cuatro años según los casos, superando el tiempo promedio de obtención del PIP. Definitivamente, todo generaba situaciones de mucha angustia entre las personas mayores.

-Vía familiar:

- ¿Y cómo te enteraste de que estaba la jubilación?

- Mi hijo me alcanzó un papelito que decía en el diario, ¿viste? Que decía que aunque usted no tenga [aportes] este... y nos fuimos a 11 y 42, no 46, 46 [dirección ANSeS]...y nomás ahí nos dijeron que sí y la hicimos (Entrevista a Blanca, 66 años).

En esta modalidad, la transmisión de información del PIP como la tramitación es realizada por medio de los familiares –miembros o no del hogar– de la persona mayor (promovida en este caso por la publicidad de la agencia estatal). En ella se presentaban dos vertientes, una en que los familiares realizaban el trámite personalmente y otra en que los familiares contactaban a un abogado para realizarlo, pero estaban a cargo de las mediaciones. Se destaca que las redes familiares para la obtención del plan propiciaron una contención emocional muy importante, sobre todo al mantenerlos al tanto de la evolución del trámite, algo que diferenció esta estrategia de la anterior.

Una cuestión que resultó interesante fueron los distintos modos en los que se representó el PIP y sus diferentes momentos para los entrevistados. Había una clara distinción en la nominación entre mujeres y varones, en torno a la “jubilación para amas de casa” y la “jubilación sin aportes”, respectivamente.

Con relación a las pensiones ordinarias, durante el trabajo de campo encontramos que las pensiones por fallecimiento del cónyuge como las no

contributivas por discapacidad habían sido obtenidas por personas mayores del barrio. Solo mujeres tenían pensiones ordinarias, con el haber mínimo, otorgadas por las provincias de origen, ya que al momento del fallecimiento del cónyuge no vivían en el barrio. También encontramos pensiones no contributivas por discapacidad, que habían sido obtenidas hacía muy pocos años. Dichas pensiones fueron tramitadas por los familiares. Aunque la pensión no contributiva nacional a la vejez tiene una mayor trayectoria en nuestro país, en el barrio ninguna persona mayor la percibía.

Con relación a planes específicos, solo en el comienzo del trabajo de campo encontramos personas mayores que percibían el plan SATE. Durante los años 2008 y 2009, una trabajadora social del Consejo de la Tercera Edad de la Municipalidad de La Plata recorría determinados barrios de la ciudad con el fin de contactar personas mayores en situación de vulnerabilidad y sin ingresos para gestionar el plan. Luego de ello, no hubo ninguna persona que realizara esa vinculación territorial. Solo existe una difusión mediante las páginas web del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires y del Consejo de la Tercera Edad de la Municipalidad de La Plata, una vía de acceso a la información que parece muy alejada para las personas mayores del barrio.²³ Desde el año 2010 ninguna persona mayor del barrio percibe este plan, debido al fallecimiento del titular o incorporación al PIP.

Una cuestión a destacar es la participación de personas mayores en distintos programas asistenciales no destinados específicamente a este grupo etario que fueron utilizados para la obtención de recursos monetarios y no monetarios. La gestión de distintos programas sociales tienen participación diferentes organizaciones barriales, situación que propicia una heterogeneidad de experiencias en su implementación (Delamata, 2004).

- ¿Y después recibe algún otro tipo de ayuda?
- Sí, a veces, algunas veces, no, no, no, no seguido, por ahí de la manza-

²³ Se destaca a su vez que, anteriormente, personal del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires recorría dos veces al año los municipios donde aplicaban una encuesta para determinar las *necesidades* de las personas mayores para visualizar posibles modificaciones, analizar las particularidades de la implementación municipal como también incorporar nuevas personas al plan. Actualmente estas salidas no se realizan –debido a recortes presupuestarios– y el pago de las cuotas del plan se depositan de manera irregular (la primera cuota del año 2015 recién se pagó en el mes de julio).

nera viste, voy a buscar la leche, dos días por semana te dan...

- ¿Y ahí se la dan regularmente?

- Sí, sí, a veces también te dan harina, a veces te dan fideos, aceite (Entrevista a Jorge, 68 años).

Jorge (68), que reside en un hogar unipersonal, asiste al comedor comunitario diariamente para almorzar y con menos frecuencia a la copa de leche a la tarde. Retira dos veces por semana un litro de leche y alimentos secos, como harina y fideos, que utiliza para su desayuno y cena. El contacto para el acceso al comedor como para el acceso al Plan Vida²⁴, lo realizó a través de una vecina, quien le presentó al referente del comedor así como a la encargada del plan.

El acceso a dichos planes fue similar en todos los casos: a través de parientes o vecinos que los acercaron a los referentes de los comedores barriales quienes realizaban la gestión del plan. La ejecución de distintos programas asistenciales, como el Plan Vida, el Plan Trabajar y el Plan Barrios Bonaerenses, se inscriben en la historia, en el territorio y en la red de relaciones que caracterizan cada espacio social específico (Cravino, Fournier, Neufeld y Soldano, 2002). La contraprestación de dichos planes de empleo consistía en actividades ligadas a las organizaciones barriales: reparaciones generales, realización de trabajos de construcción, en el caso de los varones, y la elaboración de comidas y limpieza del comedor, para las mujeres. La incorporación al plan por parte de las personas mayores no dejaba de ser informal, ya que no cumplían con los requisitos necesarios para acceder a ellos. La mayoría de los beneficiarios de estos planes, durante la etapa del trabajo de campo, obtuvieron la jubilación a través del PIP, lo cual redundó en un incremento significativo en sus ingresos y prestaciones sociales.

Del análisis realizado surgen dos interrogantes: ¿por qué acceden las personas mayores a distintos programas y políticas que no están destinados específicamente a su grupo de edad? Consideramos que hay dos cuestiones interconectadas que se ponen en juego en la obtención de diferentes programas y políticas e influyen en su accesibilidad: la centralidad de las redes de

²⁴ El plan se implementó en 1994 y continúa vigente, tras muchísimas modificaciones en cuanto a las prestaciones y modalidad de acceso. Se diseñó originariamente para embarazadas y niños/as de 0-5 años de edad.

ayuda para el acceso a los distintos programas se da fundamentalmente a partir de redes de parientes, vecinos/referentes; la apropiación de saberes de los referentes de distintas organizaciones políticas y barriales se centra en políticas destinadas a la niñez, juventud y programas de empleo transitorio y no en políticas destinadas a la vejez. La implementación de diferentes políticas se encuentra mediada en el territorio por diferentes actores, donde la falta de instituciones específicas para la vejez produce una barrera de acceso a las mismas.

A nivel provincial y municipal solo se encuentra el plan SATE como programa específico para este grupo de edad, y que podría haberse constituido en un plan para las personas mayores pero o no hay información disponible en el barrio o, si la hay, se procura gestionar otros planes dado el bajísimo ingreso económico de la prestación. Por último, como ya señalamos, muchos de los entrevistados que tenían diferentes planes sociales se incorporaron a la jubilación a partir del PIP, mientras que los entrevistados que tenían pensiones –contributivas o no contributivas– no lo hicieron.

Una situación compartida por personas mayores del barrio es la falta del documento nacional de identidad. Dicha carencia –pensando en términos estrictamente prácticos– imposibilita el acceso a una jubilación, pensión o programa social. Los motivos por los que no contaban con su DNI se relacionaban con el extravío, la no tramitación del mismo o la llegada irregular desde otros países. Cualquiera fuera el motivo, la falta de información sobre los mecanismos para su gestión o la imposibilidad de solventar los costos derivaba en que estas personas mayores no contaran con su documento. En barrios pobres, la no posesión de DNI es característica de distintos grupos de edad. Se destaca que una de las entrevistadas no lo tuvo en todo el transcurso de su vida, lo cual es un indicio de posible exclusión en distintas esferas: el acceso a la escuela, al empleo formal, a los programas y políticas sociales, a la salud (sin soslayar la cuestión de la identidad).

Reflexiones finales

A lo largo de este capítulo buscamos indagar sobre los modos en que el Estado intervino activamente sobre un grupo de edad específico: aquellos que se encuentran en la vejez, etapa caracterizada por el paso a la inactividad, la dependencia y la creciente vulnerabilidad. Desarrollamos un análisis

y caracterización de un conjunto de políticas y programas de transferencia económica específicos; vimos cuál ha sido su impacto concreto –en términos de alcances en la población– y cómo han cobrado significados heterogéneos por parte de quienes los ejecutan –técnicos– y quienes lo reciben –adultos mayores.

Conforme los resultados del trabajo, nos parece pertinente retomar a Ringold y Rofman (2008), quienes sostienen que la combinación de la seguridad social y la asistencia social, ejecutadas tanto a nivel nacional como provincial, resulta en un esquema de protección social complejo, caracterizado por diversas instancias e instrumentos de aplicación. En este sentido, la integración de los distintos organismos y niveles de gobierno en pos de asegurar la coherencia entre los distintos programas destinados a la población mayor requiere una atención particular.

Los programas de protección social en Argentina parecen funcionar, en su mayoría, como sistemas independientes con escasa interacción entre ellos. Coincidiendo con este análisis, Lloyd-Sherlock (1997) y Toledo (2004) observan limitaciones en las políticas asistenciales a la vejez, en relación con el problema de acceso a información y asesoramiento de dichos beneficios para los adultos mayores en situación de pobreza, algo que en nuestro trabajo también pudimos corroborar. En este sentido, Lloyd-Sherlock (1997) destaca fuertemente la fragmentación y la confusión burocrática de los distintos niveles gubernamentales intervinientes.

En esta investigación se visualizaron algunas características de tres políticas estatales, el PIP, el PNCV y el plan SATE. El análisis mostró que la puesta en marcha del PIP produjo un aumento de la cantidad de personas que perciben jubilación y/o pensión, principalmente de las mujeres, mitigando desigualdades de género en el acceso a la seguridad social. Sin embargo, dada su focalización temporal, no introdujo cambios permanentes en el sistema previsional, dejando pendiente el interrogante por el acceso de quienes están en edad de acceder al sistema pero no reúnen los requisitos para hacerlo.

Los programas de transferencia económica no contributivos, nacionales y provinciales tienen poca o nula difusión en los barrios pobres, al menos en aquellos ubicados en la periferia de la ciudad de La Plata, lo que trae aparejado dificultades para su acceso por parte de las personas mayores en situación de pobreza.

Queda pendiente analizar el impacto de la última moratoria del PIP, que dada sus modificaciones podrían mitigar algunas de las barreras de acceso de las personas mayores en situación de pobreza, y las tendencias del sistema previsional por fuera de dichas modificaciones.

Bibliografía

- ANSES (2010). Análisis de la cobertura previsional del SIPA: Protección, Inclusión e Igualdad. *Observatorio de la Seguridad Social*. Recuperado de http://observatorio.anses.gob.ar/files/subidas/Cobertura%20SIPA_Cuadernillo.pdf
- Boudou, A., D'Elía, V. y Lo Valvo, E. (2007). El plan de inclusión previsional. Resultados preliminares. *Estudios especiales de la seguridad social*. Buenos Aires: ANSES.
- Calabria, A. y Rottenschweiler, S. (2015). Los desafíos del sistema público de salud en Argentina de cara al futuro: cobertura y financiamiento. *MPRA* (65524). Recuperado de <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/65524/>
- Cardozo, N. (2009). *Reformas a los sistemas de pensiones en Chile y Argentina 2003-2008. Un abordaje comparado*. Trabajo presentado en la XVI Jornadas Rioplatenses de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Asociación Uruguaya de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Colonia, República Oriental del Uruguay.
- Cravino, C., Fournier, M., Neufeld, M.R., y Soldano, D. (2002). Sociabilidad y micropolítica en un barrio bajo planes. En L. Andrenacci (Coord.), *Cuestión social y política social en el Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Ediciones Al Margen.
- Curcio, J. (2011). Descripción del Sistema de Seguridad Social. En C. Danani y S. Hintze (Coord.), *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Delamata, G. (2004). *Los barrios desbordados. Las organizaciones de desocupados del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Eudeba-Libros del Rojas.
- Eguía, A. y Piovani, J. (2003). Género, pobreza y trabajo en el Gran La Plata (1988-1999). En S. Masseroni y M. Bendini, *Cuadernos del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales*.

- Documento de trabajo (35). Buenos Aires: UBA.
- Eguía, A., Piovani, J., Peiró, M.L y Santa María, J. (2010). *Empleos de calidad: diferencias inter e intra-género en el Aglomerado Gran La Plata (Buenos Aires, Argentina). Análisis de tendencia y comparación 1992-2002/ 2003-2006*. Trabajo presentado en IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. La Habana: ALAP.
- Grushka, C. y Bertranou, F. (2004). Beneficios sociales y pobreza en Argentina: reexaminando el programa de Pensiones No Contributivas. Trabajo presentado en I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP). Caxambu: ALAP.
- Lloyd Sherlock, P. (1997). *Ancianidad y pobreza en el mundo en desarrollo*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores - Ciepp.
- Merklen, D. (2005). *Pobres ciudadanos*. Buenos Aires: Gorla.
- MTESS (2012). Boletín estadístico de la seguridad social. Secretaría de Seguridad Social. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bess_2trim_2012.pdf
- Ringold, D. y Rofman, R. (2008). Argentina: políticas de transferencias de ingreso hacia el bicentenario. En G. Cruces, J. M. Moreno, D. Ringold, D. y R. Rofman, (Coord.), *Los programas sociales en Argentina hacia el Bicentenario. Visiones y perspectivas*. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Toledo, E. L. (2004). *Acciones estatales y no estatales destinadas a adultos mayores pobres en el ámbito rural y capital social: estudio de casos: comunidades rurales de los departamentos Gral. A.V. Peñaloza y Famatina en la provincia de la Rioja, Argentina* (Tesis de Maestría). FLACSO, Programa Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Salud pública y atención primaria de salud. Las intervenciones en una localidad de la periferia de La Plata durante 2010-2015

Diana Weingast

La salud-enfermedad-atención constituye un problema de interés tanto para los grupos/familias/sujetos como para el Estado; cada uno de ellos interviene desde diferentes lugares y con sus propias lógicas. Desde el Estado se crean y recrean los lineamientos generales de las políticas públicas que por medio de planes y o programas, la adjudicación de recursos y dispositivos institucionales constituyen instancias para la intervención a nivel local. Desde los grupos/familias/sujetos, los eventos de enfermedad conducen a la búsqueda de algún tipo de intervención, ya sea recurriendo a instituciones del sector salud (públicas o privadas), las medicinas alternativas a la biomedicina o la autoatención.

En trabajos anteriores se analizaron las intervenciones de las familias frente a los problemas respiratorios de los niños menores de 5 años considerando los modos de vida, los saberes cotidianos y los procedimientos puestos en juego para prevenir y curar. En las diferentes trayectorias de autoatención, se vislumbraron las lógicas de atención y cuidado familiar, influidas por las intervenciones del sector público de salud. Particularmente, en el caso estudiado, el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) constituía el único prestador de servicios de atención biomédica local (Weingast, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2014a).

A partir de la constatación de la centralidad adquirida por el sector público de salud en la atención de los problemas respiratorios de la población in-

fantil, se decidió enfocar la mirada en el CAPS para comprender, en el marco de las políticas públicas de salud vigentes en el período considerado, cómo se conformaron ciertas lógicas de funcionamiento que habilitaron un creciente control de la población. Asimismo interesaba también, comprender algunas tensiones que, en ocasiones, y alrededor de un creciente fortalecimiento del servicio y de los programas, se generaron entre los usuarios del CAPS y el personal de salud.

Tal como lo expresan diversos documentos nacionales –Acuerdo Federal de Salud del 2003, Plan Federal de Salud 2004-2007, Plan Federal 2010-2016–, la prioridad del Estado es el desarrollo y el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (en adelante EAPS), reconociendo su importancia como organizadora del sistema (los CAPS constituyen la puerta de entrada al sistema público de salud) y como garante del derecho a la salud. En este marco algunos autores señalan que “...el mayor impacto del Ministerio Nacional en el desarrollo de la APS es en los servicios estatales y tiene por población objetivo la que no cuenta con cobertura de los otros subsectores, sin producir modificaciones estructurales en el sistema...” (Stolkiner, Comes y Garbus, 2011, p. 2811).

Con relación a ello, y tal como se desprende del análisis de este caso, las intervenciones del gobierno nacional posneoliberal se centraron en la implementación de planes y/o programas que constituyeron los recursos “disponibles” –aunque negociables– entre los niveles jurisdiccionales. La posibilidad de acceso a esos recursos vino a paliar las inequidades persistentes producto de las características estructurales del sistema de salud, interviniendo en la construcción de estrategias sanitarias municipales aunque no necesariamente apegadas a los lineamientos de los programas y/o planes provinciales y/o nacionales.

El presente capítulo intenta mostrar, desde la reconstrucción de los diferentes momentos por los que atravesó un CAPS localizado en una zona periurbana del Municipio de La Plata, cómo las intervenciones públicas del sector salud desde los distintos niveles jurisdiccionales (nación, provincia y municipio) intervinieron en su organización y funcionamiento y, vinculado a ello, en las relaciones –en ocasiones conflictivas– que involucran al personal de salud, a los usuarios y a referentes políticos locales.

Si bien se trata de un estudio intrínseco de caso, en el sentido señalado por Stake (2007), se espera que la descripción minuciosa que se presenta,

producto de un extenso trabajo de campo, permita a la vez que comprender su unicidad, reflexionar acerca de la implementación de políticas públicas de salud, contemplando contextos y procesos locales.

El texto inicia con un apartado que sucintamente indica algunos lineamientos generales de las políticas públicas de salud, entendiendo que constituyen el marco de ideas que orientan las decisiones y acciones de los gobiernos. Solo se pretende brindar algunas claves que permitan enmarcar la experiencia transitada por este CAPS, al que nos referiremos a veces como la “Salita”. Asimismo, se incluye una breve caracterización de la localidad, elaborada en función de los datos del censo 2010 y de las notas del trabajo de campo. En el segundo apartado se describe la infraestructura de la “Salita” y se analizan tres aspectos: la sala de espera, los medicamentos y las características del personal de salud, ya que mostraron tener una significación particular para los usuarios del CAPS que concurrían para la atención infantil.

El tercer punto se centra en la atención infantil, particularmente invita a conocer cómo se organiza el control y la atención de los niños/as y se caracterizan, a modo de ejemplo, las acciones del personal de salud ante los problemas respiratorios.

Aquí los lineamientos de los programas y las directrices de los organismos públicos de salud constituyen referencias clave que otorgan el marco de sentido donde se inscriben las formas de actuar. Cabe hacer notar que el recorte en la atención infantil y su ejemplificación con los problemas respiratorios se relaciona con el marco general de la investigación, centrado en estos tópicos.

Finalmente, se describe una experiencia de promoción de salud realizada por el CAPS que permite reflexionar sobre la distancia entre una de las metas de las políticas (trascender las funciones de atención médica a través de actividades comunitarias de educación para la salud) y lo que los usuarios desean y/o esperan de los servicios (“ser atendidos”).

Un acercamiento a los lineamientos de las políticas públicas de salud

Desde 2003, las autoridades sanitarias del país, a través de diferentes acuerdos y compromisos –incluida la revitalización del Consejo Federal de Salud (COFESA)– reafirmaron el rol central del Estado (en sus diferentes ni-

veles: nacional, provincial, municipal) como conductor del sistema de salud y de las políticas, argumentando que:

...una política de reforma primordial se traduce en el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria: éste es el tipo de enfoque considerado como el más efectivo en el mejoramiento de la salud de la población y en el logro de una cobertura más uniforme. De esta forma, la estrategia a seguir es apuntar a asegurar la cobertura efectiva de atención primaria para la población de cada territorio, propiciando su participación responsable y comprometida en el nuevo modelo, privilegiando las acciones en salud (Plan Federal de Salud 2004-2007, s.f., p. 17).

Como se expresa en el fragmento anterior del documento citado y en otros, el eje ordenador del sistema está centrado en la EAPS teniendo un rol protagónico los gobiernos locales (nivel provincial y municipal) como ejecutores a través de "... acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas" (Plan Federal de Salud 2004-2007, s.f., p. 20).

La EAPS fue ratificada como modelo de atención en el Plan Federal 2010-2016 pero "...promoviendo el enfoque por ciclo de vida, impulsando el fortalecimiento de redes de atención según niveles de riesgo" (Plan Federal de Salud 2010-2016, s.f., p. 17). Asimismo, se señala que:

La estrategia de atención primaria de la salud implica una reorganización de los servicios de atención cuyo objetivo último es adecuar las prestaciones de salud a las necesidades y expectativas de las personas. Una condición indispensable para que los sistemas de salud puedan reducir las inequidades, es garantizar a todos el acceso a la atención de salud, disminuyendo la brecha entre la oferta y la demanda. La atención de salud debe brindarse respetando la diversidad cultural, disminuyendo las posibilidades de exclusión (Plan Federal de Salud 2010-2016, s.f., p. 96).

En cuanto a la provincia de Buenos Aires, los lineamientos de la política de salud fueron expresados en el Plan Quinquenal 2011-2015 (en adelante

PQ 2011-15) indicando su enfoque general y las maneras en que se propone intervenir y gestionar. Su documento base se inicia con la siguiente frase adjudicada al gobernador "...hace falta una transformación profunda del sector salud que movilice todas sus fuerzas y las oriente a un proyecto social bonaerense en salud que garantice el acceso equitativo a prestaciones socio-sanitarias de calidad" (PQ 2011-15, s.f.).

El punto de partida lo constituye el Artículo 36, inciso 8 de la constitución provincial donde el Estado se presenta como garante y rector de la salud pública, garantizando el acceso y permanencia de los sectores desfavorecidos (mencionados como pobres) al sistema de salud. Se reconoce que la carencia de protección sanitaria impacta negativamente en las tasas de mortalidad prematura y en un mayor índice de enfermedades y discapacidades. De modo tal se indica que "...es necesario que la salud sea considerada como parte de la denominada protección social" (PQ 2011-15, s.f., p. 32).

En el documento citado, se organizan las políticas de intervención en función de lo que se designan como modelos de gestión, de atención y de financiamiento, cada uno de los cuales enuncia diferentes acciones y objetivos. A los efectos de este trabajo interesa resaltar que, en el marco del modelo de gestión, se planteó el fortalecimiento de la relación de la provincia con los municipios en el espacio del Consejo de Salud Provincial (COSAPRO), mientras que en lo referente al modelo de atención se colocó el énfasis en el fortalecimiento de la EAPS señalando la

... promoción de entornos y hábitos saludables a partir del empoderamiento de las personas y de la comunidad y su relación con el ambiente sano" y "...fortalecer políticas sanitarias destinadas a la protección y cuidado de la salud y a la prevención de enfermedades según necesidades y grupos etarios de población en general y de los trabajadores del sector (PQ 2011-15, s.f., p. 69).

Asimismo se indica que, en la última década, las prestaciones ambulatorias se incrementaron, siendo los efectores municipales los que registraron el mayor aumento: "El primer nivel de atención aumentó su participación relativa en la atención de la demanda alcanzando un 48% contra el 39% que se registraba en los últimos años de la década anterior (2009)" (PQ 2011-15, s.f., p. 65).

A nivel local, los lineamientos de las políticas de salud proceden de la Secretaría de Salud y Medicina Social Municipal cuyas funciones, tal como se indicaba en la página web, consistían en:

- 1.- Planificar las políticas sanitarias tendientes a la mejora de la salud individual y colectiva, utilizando como instrumento esencial la planificación participativa y como marco convocante el principio de solidaridad social;
- 2.- Desarrollar procesos de planificación participativa entre las distintas entidades vinculadas a la salud, así como también articular esfuerzos en forma conjunta y cooperar en la difusión de actividades de interés sanitario y social;
- 3.- Programar, resolver y autorizar la asignación de los recursos correspondientes a la ejecución de los programas y ejecutar las acciones comprendidas dentro de la estrategia de atención primaria de la salud en el ámbito geográfico municipal, integrando sus intervenciones a las de la Secretaría de Desarrollo Social;
- 4.- Coordinar a los efectores provinciales la accesibilidad a los servicios de atención de la salud, tendiendo a asegurar la disponibilidad de la complejidad adecuada para la necesidad que muestre la comunidad;
- 5.- Recorrer periódicamente los Centros de Salud a fin de verificar el eficaz funcionamiento y cumplimiento de normas y procedimientos, así como corroborar problemas o deficiencias funcionales y edilicias.

Teniendo en cuenta estos lineamientos generales y considerando que los CAPS constituyen para el municipio el punto clave de sus intervenciones, se centró la mirada en este espacio institucional que no solo intentó ajustar su accionar a las características generales de las políticas municipales sino que el contexto local le imprimió cierta particularidad a las modalidades de intervención. Se hace esta advertencia porque se considera que lo que a continuación se presenta no refleja necesariamente el accionar y/o lo que sucede en todos los CAPS que se encuentran bajo la jurisdicción del municipio, sino que se lo toma como un caso que interesa por su singularidad y por lo que aporta al conocimiento de la generalidad.

En este sentido, el CAPS que se analiza constituye el único servicio de atención de la localidad pero, al igual que los otros CAPS locales, su forma de organización y funcionamiento están en relación con las directivas generales de la Secretaría de Salud municipal, cuya misión es “establecer los

objetivos de la política sanitaria a desarrollar en el ámbito municipal, a fin de mejorar la calidad de vida de la población sobre la base de los principios de la solidaridad, la participación comunitaria y la justicia social”. No obstante, las maneras en que despliegan las actividades internamente están coordinadas por el/la director/a del CAPS en acuerdo con el personal, habilitadas u obstaculizadas por la estrategia general que emana del organismo de salud municipal.

Un acercamiento al contexto local: análisis del censo y las notas de campo

La localidad donde se asienta el CAPS presenta características significativas para el tema de estudio. Con un total de 4.029 personas (51,4% varones y 48,6% mujeres), el 44,2% de la población se encontraba en situación de NBI. A nivel de partido los datos indican que en esta condición se encontraba el 11,3% de la población.

Los datos censales muestran que el mayor porcentaje (63,4%) de población se ubicaba en el tramo de edad que comprende los 15 a 64 años, predominando los varones (n=1344) respecto de las mujeres (n=1209), le sigue con el 33,1% el grupo de 0-14 años. El 3,5% eran mayores de 65 años, siendo mayoritariamente varones.

El registro de la condición de actividad, único dato que muestra el censo en relación al trabajo, revelaba sobre un total de 2.786 personas que el 72,9% eran ocupados, el 2,7% desocupados y el 24,4% inactivos. Al relacionar la condición de actividad con el sexo se observa una situación de desventaja para las mujeres en las distintas categorías. Por ejemplo, del total de ocupados (n=2032) el 38,9% eran mujeres, mientras que del total de desocupados (n=75) el 78,7% eran mujeres y de la totalidad de los inactivos (n=679) el 70,1% también.

De un total de 1123 hogares, el 80,5% (n=904) eran multipersonales, predominando los hogares nucleares con hijos (47,5%). Cabe destacar que el 9,9% de los hogares presentaban situación de hacinamiento, valor que supera ampliamente al registrado a nivel de partido, que era del 2,2%. El 41% de los hogares presentaban situación de NBI, quintuplicando el valor correspondiente al partido (8,4%).

Con un déficit en servicios públicos comunes, las viviendas contaban con la posibilidad de acceso al servicio eléctrico, no así de gas, dependiendo del gas envasado o leña para cocinar y calefaccionarse. No había agua de red y

algunos pozos estaban contaminados o “vacíos”, por lo que para su suministro se utilizaba una canilla comunitaria o se recurría a vecinos que poseían bomba (Weingast, 2012). Estas cuestiones son centrales a la hora de pensar en los cuidados y atención de la salud que efectúan las familias.

Como se indicó y se desarrollará más adelante, la localidad solo cuenta con un CAPS dependiente del municipio. El hospital de derivación y lugar de referencia para la población, de jurisdicción provincial, se ubica a 45 minutos en transporte público. No hay servicios privados de atención biomédica y tampoco farmacias, por lo que la población en ocasiones se desplaza a las localidades vecinas para la asistencia a centros privados y/o consultorios médicos particulares y para la compra de medicamentos. El centro de salud no cuenta con un servicio propio de ambulancia y cuando se solicita para traslados de urgencia el tiempo de espera es de una hora o más.

A partir de 2010 y hasta 2014, se llevó adelante el trabajo de campo desde una perspectiva etnográfica. La interacción con una diversidad de personas, junto con la información de fuentes secundarias, permitieron reconstruir los diferentes momentos por los que atravesó el CAPS. Dichos momentos remiten a su funcionamiento, incluyendo situaciones conflictivas que involucran al personal de salud, a los usuarios y a referentes políticos locales. Tal aproximación permitió aprehender y relacionar las lógicas que subyacen al uso del CAPS por parte de los usuarios y las modalidades de funcionamiento del mismo en su entorno habitual.

La Salita: un espacio de interacción y circulación de recursos materiales y simbólicos

...el primero de junio del 86, se inauguró la salita esta. Nos vino muy bien, con dentista, con tres médicos. Pero eran otras épocas. Después fuimos teniendo cada vez menos, en lugar de más... con un generalista tuvimos que ir tirando hasta hace 4 o 5 años. Y ahora con esta gestión, se ha mejorado un poco. De hecho creo que hay como tres.... Están pocas horas, pero hay de todo. En cambio, vos venías hace diez años y estuvo una doctora sola que hacía todo... (Delegado Municipal, 2010).

Las palabras del ex funcionario municipal, habitante de la localidad, brindan un panorama general de los diferentes momentos que atravesó el

CAPS. Como se puede apreciar, la situación se fue revirtiendo gradualmente pudiendo dar cuenta de los compromisos asumidos por las autoridades sanitarias respecto al fortalecimiento de los CAPS tanto en su infraestructura, equipamiento e insumos, como en lo concerniente a los recursos humanos.

Las instalaciones edilicias de “La Salita” fueron parte de la sede de una organización social local, ubicada próxima a una ruta nacional. A las dos habitaciones destinadas para sala de reuniones se anexó una construcción, conformando el centro de salud que funcionó hasta mediados de 2015, fecha en que se inauguró el nuevo edificio del CAPS.

Al entrar a la “Salita” se encontraba un recinto rectangular, con escasa iluminación artificial, que cumplía la función de sala de espera y recepción administrativa. Único espacio de circulación pública, contaba con algunas sillas unidas y otras individuales distribuidas entre las paredes laterales y en una doble fila central. La información acerca del funcionamiento, las novedades del centro de salud (ausencia de profesionales, cambios de día y horario de ciertas especialidades, nómina de personas que se desean localizar) junto con la cartelera de difusión de los organismos de salud estaba colgada en las paredes y era renovada según la ocasión.

Desde ese lugar central se visualizaban, hacia el frente, tres recintos que dan a la calle y que funcionaban como espacios destinados a la atención. Uno de ellos era usado como consultorio de las distintas especialidades, otro como sala de enfermería (con una heladera para vacunas, un tubo de oxígeno, una camilla, una mesa y silla) y el tercero estaba equipado para la atención odontológica. Además, había un baño de uso público.

Hacia el contrafrente se ingresaba a la parte más antigua del local, donde se ubicaba un espacio cuadrangular que cumplía la función de depósito donde se guardaban, en armarios metálicos bajo llave, los insumos de enfermería, los medicamentos y las cajas de leche en polvo y maternizada enviadas mensualmente por el Programa Nacer y por la farmacia comunitaria municipal. Este ámbito comunicaba, por un lado, con un consultorio que se usaba para la atención obstétrica; por otro, con una habitación que se usaba como sala de estar y de reunión del personal, un espacio altamente valorado porque permitía tener cierta privacidad a la hora de conversar y discutir sobre cuestiones del trabajo cotidiano. Además, se encontraban la cocina (con un anafe, una piletta y una heladera) y el baño de uso exclusivo para el personal.

“La salita” no disponía de gas natural y su estructura edilicia reflejaba la falta de mantenimiento y su continuo deterioro.

En este contexto, principalmente durante la atención infantil, se visibilizó que la sala de espera, los medicamentos y el personal merecían un tratamiento particular porque constituían aspectos que, por un lado, permitían entender, más allá del “espíritu” de los documentos y directivas oficiales, por qué se utilizaba –o no– la salita, qué se esperaba y/o valoraba de la misma; por otro, permitían captar sentidos que circulaban, se transmitían y difundían, legitimando, contradiciendo o impugnando tanto las prácticas de los usuarios como los saberes expertos.

La sala de espera: un lugar de encuentro y de reproducción de los papeles de género

La sala de espera, además de lo señalado, era un espacio de encuentro e intercambio de información y consejos entre quienes concurrían a la atención o iban a retirar la leche. Además, como se verá más adelante, funcionaba como ámbito para los eventos de promoción de la salud.

Habitualmente predominaban las mujeres; algunas se conocían previamente o tenían algún conocido en común por lo que generaba un espacio para el diálogo de cuestiones cotidianas del barrio, de los vecinos, los parientes y/o los hijos presentes y los que estaban por venir. También, la espera para ser atendidas era una ocasión propicia para comentar sobre distintas actividades como los operativos de vacunación, de documentación, las consecuencias generadas por las ausencias y/o demoras en la atención de los profesionales (acumulación de gente para control, llegadas tarde, charlas previas al inicio de la consulta), los problemas de salud de sus hijos/as, las recomendaciones médicas, o sobre algún evento inesperado como la muerte de un vecino o haber presenciado el fallecimiento de un niño/a. Entre las mujeres madres más jóvenes los temas de conversación rondaban sobre los cuidados infantiles, advirtiendo como peligrosas algunas prácticas culturales habituales como, por ejemplo, sentar al bebe o transportarlo en el aguayo antes del mes, darles ciertos alimentos (Notas de campo, 12/10/12).

En pocas ocasiones se registró la presencia de varones jóvenes y/o adultos. Aquellos que se encontraban esperaban al odontólogo o a la enfermera para alguna curación, aplicación de inyección y/o control de la presión. Los

pocos varones jóvenes acompañaban a su pareja al control obstétrico, acompañamiento que era generalizado ante la realización de estudios por imágenes donde las mujeres explicaron su presencia para “ver al bebe” (Notas de campo, 2013).

En los días y horarios de atención pediátrica, la presencia masculina era minoritaria. Los pocos varones que concurrían con sus parejas permanecían fuera de la sala, no participaban de la consulta médica, ingresando solo las madres con sus hijas e hijos.

La ausencia sistemática de los padres del espacio de la sala de espera, lugar donde se intercambian saberes y se actualizan conocimientos entre pares, reproduce y refuerza su lugar de acompañante. Esa secundarización también era producida y reforzada desde la institución y por el personal de salud, a través de la superposición total o parcial de los horarios de atención con la jornada laboral de los varones y de los mensajes y recomendaciones dirigidos a las mujeres como responsables de la salud infantil.

Esto último se apreciaba en los diferentes materiales (guías, documentos) sobre las infecciones respiratorias dirigidos al personal de salud que, orientados hacia las familias y/o los cuidadores, centraban en las madres las recomendaciones sobre los cuidados domiciliarios, legitimándolas como cuidadoras y gestoras de la salud infantil y responsables del reconocimiento oportuno –o no– de los síntomas, del cumplimiento o incumplimiento de los tratamientos o de la adecuada o inadecuada interpretación de la gravedad de los síntomas.

Durante el trabajo de campo se registraron pocos casos de varones que, en su rol de padres, llevaron a sus hijas al control y/o atención pediátrica porque las madres estaban trabajando, indicando que no era una práctica habitual. En un caso, un padre manifestó su interés por saber cómo estaba su hija

... la mamá encontró laburo, está trabajando en un trabajo fijo, yo trabajo en la quinta y tengo tiempo para hacer lo que yo quiero. (...) Yo la traigo siempre, porque puede perder el turno pero para qué, si yo igual puedo. (...) me entero de todo lo que tiene, lo que le falta, lo que...cómo está su salud, todo. (...) es mi primer hija... vine al control, tienen un año y un mes. (...) en mi casa yo me encargo de cuidarla a ella y de cocinar, des-

pués lo de limpiar, lavar, eso mi señora. Mi señora trabaja en la granja... 8 horas... cuando yo trabajo en la quinta se queda con mi mamá (Varón de 23 años).

En otro, no tuvo opción porque identificó que la niña no se movía

... me volví para darle su lechecita... mi nenita la saqué, no quiso parar, no quiso pararla y ahí me di cuenta... porque ella está caminando, correteando ¡ah! Y ahí me di cuenta no quiso caminar, como mareada debe estar algo, qué sé yo. La alcé yo, aquí afuera la saqué y le puse y ahí tampoco, no quiere, no quiere. (...) después me agarró así duro, me agarró, lloraba nomás. Lloraba, lloraba y después no quiso llorar. Su saliva le tapó la garganta. Ahí me di cuenta. (...) cuando llora yo sé, ya tengo que decir, que algo tiene, de dolor de panza o sino algo debe tener encima (...) miraba arriba no miraba como miraba. Ahora como nadie hay, nadie atiende nada. Derechito a la salita fui, así tal como estoy trabajando así. (...) a las 9, a las 8:30, a las 9 porque a la salita llegué a las 9:30... sí yo voy caminando porque está cerquita. (...) sí que no, asustado, que habrá pasado qué sé yo. Así llegué, le hicieron así. (...) Tampoco yo, sin dinero estuve. Si iba a tener dinero agarraba un remis y me iba directo al hospital. Sin dinero también, no... ella para sus gastos se llevó todo. Solo tenía \$50 fui con eso. (...) allí en la salita llamamos la ambulancia.

La ambulancia demoró dos horas en llegar al CAPS, “yo quedé tres días, después ella se fue... me pidieron permiso, para dos días tengo que firmar algo por eso me quedé no más... porque ella no estaba acá en la casa, no ha podido llegar de Capital. Él [su hijo de 5 años] también se fue a ayudarla a vender las flores” (Varón, 31 años).

Más allá de las circunstancias particulares de los casos mencionados, como se sostuvo en otros trabajos (Weingast, 2013, 2014) la salud infantil es un ámbito sensible tanto para varones como para mujeres, constituyendo un espacio potencial para la promoción, habilitación y refuerzo de prácticas y discursos que tiendan a la corresponsabilidad en el cuidado y atención de los niños/as, por lo que se requiere que las instituciones del sector salud arbitren los medios para garantizarla y/o estimularla.

Los medicamentos: un bienpreciado a la hora de consultar

En nuestra sociedad los medicamentos de patente adquieren un lugar central en el proceso de cura de los padecimientos. Sin negar su eficacia en el proceso terapéutico, como advierte Barros (1985), adquieren un valor simbólico que trasciende la acción farmacológica y se relacionan con la confianza depositada en el saber médico técnico y científico por lo que su adquisición y posesión los convierte en un bien estimado. Para las familias, los medicamentos son un recurso que se puede utilizar de manera inmediata pos consulta, en eventos posteriores (incluyendo la autoatención) o constituirse en un recurso de intercambio entre familiares y/o vecinos.

Desde el Estado, la accesibilidad a los medicamentos apareció como parte de la agenda pública con la declaración de la Emergencia Sanitaria Nacional (Decreto N° 486/02). Esta normativa, entre otras cuestiones, incorporó una serie de medidas destinadas a mejorar las condiciones de acceso: la prescripción por nombre genérico, la selectividad en la financiación por los seguros de salud y la provisión pública para la población sin cobertura sanitaria ni recursos para adquirirlos. Esto último originó la creación en el 2002 de Remediar, un programa de provisión pública de medicamentos que apuntó a garantizar el acceso a los medicamentos esenciales y también a jerarquizar la red de APS del país. Como expresó el coordinador general:

...la política nacional de medicamentos, que incluye la provisión gratuita de los mismos, es un poderoso instrumento para mejorar la atención primaria de la salud en todo el país. La nación, las provincias, los municipios, juntos, estamos trabajando para que esta filosofía de la atención sanitaria sea más efectiva. (...) En síntesis, queremos que el botiquín sea un Caballo de Troya, que permita el desembarque de un conjunto de herramientas para fortalecer la estrategia de APS (Tobar, 2003, p. 1).

En la Salita, desde fines de 2002 se recibían mensualmente entre tres y cinco botiquines Remediar que permitían contar con medicamentos básicos para ser suministrados a la población que acudía a la consulta, cuestión central, porque en la localidad, como se señaló más arriba, no había farmacias y la venta de medicamentos en kioscos y/o supermercados está prohibida por la Ley Nacional 26.567 del 2009.

Algunos de los medicamentos (antibióticos y salbutamol) del Remediar eran más utilizados que otros. Los de menor uso se acumulaban siendo objeto de “clearing” (cambiarlos) antes de su vencimiento, situación que se hace extensible a otros centros de salud. El stock de los medicamentos más usados, salbutamol y aerocámaras, se incrementaba con lo enviado por el municipio a través de la farmacia comunitaria y también se complementaba con otros preparados de producción propia (cremas azufradas, lociones) para problemas comunes como la escabiosis y otros problemas de la piel.

Ante la ausencia de medicamentos en la “Salita” las alternativas posibles para las familias eran el hospital más próximo a la localidad, que también recibía los botiquines Remediar y las farmacias ubicadas en las localidades vecinas. Ambas opciones, en virtud de la distancia requerían disponer de recursos para el traslado y, en el caso de las farmacias, de dinero.

Lo tengo que comprar, a veces tiene, a veces te dan, coso, pastillas, remedios, pero casi nunca, tengo que comprar yo cuando me piden algo, o tengo que ir a buscar al Hospital, allá directamente te dan la receta y tenés que ir al Hospital a buscarlo. (...) tengo a mi hermana que trabaja por allá, entonces mi hermana de paso va y busca las cosas. Para parásitos me han dado casi siempre, porque ella es flaquita y querían fijarse si, ¿cómo se llama?, estaba baja de peso, siempre para los parásitos me dieron a buscar, no sé cómo se llaman, dos, tres remedios, siempre me han dado para que busque para ella... (Mujer, 16/7/2009).

...la doctora me receta unas pastillas que trato de comprar yo, no las de marca porque las de marca salen más de 100 pesos, pero trato de comprar las otras que salen 70 pesos y le doy eso. (...) Eso y el PAF, cada seis horas. [El PAF] me lo dieron la última vez que la llevé. [Las pastillas] ... no había, fui al hospital y tampoco había. (...) Sí fui acá y me dijo X: mirá, andá hasta allá que puede ser que consigas. Fui allá pero conseguí nomás las antialérgicas, las otras no las conseguí. (...) las tuve que comprar porque como no había ahí (Mujer, 25/6/12).

...no, no, lo tenía. (...) la última vez que estuvo la salita móvil acá, me habían dado dos Paracetamol, dos Metasona y dos PAF. Y cuando a ella le agarra así, por ejemplo, yo le tengo quince días, le tengo así, cada cuatro horas PAF y cada ocho horas el corticoide. Y me dura, ponele,

el frasquito me dura un mes, ponele, si ella está todo el mes atacada, porque tampoco le excedo eso, porque son tres días nada más... (Mujer, 30/9/2013).

Si bien se implementó un dispositivo importante para el acceso a los medicamentos en sectores vulnerables, como se expresaron en diversos relatos (incluidos los citados), las familias desplegaban diversas estrategias para su obtención: “búsqueda en el hospital público de referencia u otra opción estatal”, “compra con recursos propios”, “pedir prestado a vecinos o parientes”.

Continuidad y discontinuidad de las prestaciones: haciendo foco en el personal

Para el funcionamiento de los CAPS en el marco de la EAPS el Estado otorgó centralidad al fortalecimiento de los recursos humanos a fin de que la población encontrara en esos ámbitos una respuesta a sus problemas y demandas. De manera que, tal como se expresara en una diversidad de documentos, de informes de gestión y programas, adquirió relevancia la presencia de ciertas especialidades clínicas y de personal no médico (enfermeros, trabajadores sociales, promotores, entre otros) para tareas de seguimiento y promoción de la salud.

En la trayectoria de la Salita, durante el trabajo de campo, se identificaron momentos signados por discontinuidades y/o ausencia en la atención de ciertas especialidades básicas, producto de la renuncia del personal, de licencias no cubiertas o la movilidad a otros CAPS. También, se observó la adjudicación de tareas a quienes no contaban con la pericia para su ejercicio. Esto estaba atravesado por una variedad de condiciones laborales ligadas a encuadres institucionales: algunos eran empleados municipales de planta y/o contratados, otros se enmarcaban en el Seguro Público de Salud y/o en el Programa Médicos Comunitarios (PMC), otros integraban las cooperativas de trabajo que prestaban servicios al municipio. Estas distinciones no solo se reflejaban en los diferentes montos de sus ingresos, sino en las actividades que debían ejecutar.

En 2010 la Salita contaba, tres veces por semana de mañana, con una médica para la atención pediátrica, un odontólogo que además fue su director y una médica generalista. A su vez, una obstétrica asistía de lunes a viernes

de mañana y una ginecóloga lo hacía dos veces a la semana. El equipo se completaba con una promotora de salud oriunda de la localidad, dos enfermeras (una de mañana y otra de tarde), una persona para la limpieza y dos administrativas (una de mañana y otra de tarde). De 18 a 7 horas la atención estaba cubierta por una guardia de enfermería.

Dos años después se incorporaron otros profesionales: un médico generalista que prestaba servicios tres veces por semana durante la tarde, una obstetra que cubría el turno de la tarde (quedando la atención de las embarazadas a cargo de dos profesionales), una psicóloga (tres veces a la semana de mañana) y una promotora de salud, quedando las actividades de promoción y las visitas domiciliarias cubiertas por dos personas. Algunos profesionales se mantuvieron, otros fueron trasladados, o renunciaron y se reemplazaron, incorporando una especialista en pediatría. También se incorporó una persona más para las tareas de limpieza.

Por primera vez, en 2013, se contó con una trabajadora social oriunda y residente en la localidad que agilizó ciertas tareas asignadas a la Salita por su conocimiento de las familias y de los referentes locales como así también la demanda de algunas familias que requerían de una “encuesta social” *in situ* a pedido de otras instituciones (por ejemplo, hospital) o para tramitar materiales para mejorar sus viviendas.

En años posteriores continuó el recambio de algunos profesionales y del personal auxiliar (por renuncias y/o trasladados a otros CAPS) generando discontinuidades en ciertas prestaciones y desconcierto para aquellos usuarios que asignaban a los profesionales del CAPS el lugar de “médico de referencia”.

La continuidad de los profesionales y de los auxiliares era clave tanto para el funcionamiento de la Salita, favoreciendo la articulación de tareas entre aquellos que realizaban diferentes funciones (personal de enfermería y médica pediatra, la obstétrica y la psicóloga principalmente en el caso de las primerizas adolescentes, la médica pediatra y las promotoras), como para los usuarios quienes, particularmente en el caso de la atención de los niños/as, reconocían al profesional del centro de salud como su médico de referencia. Además, la continuidad del profesional, permitía familiarizarse con el perfil de la población que asistía (migrantes e itinerantes de países limítrofes y del interior del país, con patrones culturales diversos que en ocasiones dificultaban la atención).

taba la comunicación) y las problemáticas locales. Pero también contribuyó a afianzar apreciaciones valorativas acerca del desempeño materno que van desde “mamás que se preocupan/ocupan de sus hijos” a “mamás que tienen limitaciones” (ya que no entienden o el profesional tiene dificultades para llegar con sus indicaciones) poniendo en duda la realización de las acciones prescriptas (Nota de campo, 27/6/2013).

En 2015, la Salita contaba con una diversidad de especialidades médicas aunque con días y horarios de atención más restringidos, lo cual, en un contexto sin otras opciones públicas y privadas de atención cercanas, contribuía a la concentración de la demanda.

A lo largo del trabajo de campo, se percibió un incremento de los usuarios del CAPS, especialmente en los horarios en que se efectuaba la atención a niños/as menores de 5 años y embarazadas, cuando se realizaba la vacunación y se entregaba la leche en polvo a embarazadas, nodrizas, niños de 6 meses a 2 años y niños/as con problemas de bajo peso.

El aumento de la demanda, en parte relacionada con las condicionalidades del Plan Nacer y la Asignación Universal por hijo (AUH), tuvo efectos tanto para los profesionales como para la población local. En el caso de los profesionales, implicó la reestructuración en la organización del trabajo que se reflejó en la división de controles de salud entre la médica generalista, quien efectuaba los controles de salud de niños/as de 3 a 14 años y la pediatra que realizaba los controles de los niños/as de 0 a 2 años (Nota de campo, 3/8/15). Para la población, como se verá más adelante, requirió afinar el conocimiento acerca del CAPS, ensayar diferentes estrategias para la atención de eventos inesperados, disponer de más tiempo para ser atendido, contar con recursos económicos para acudir y/o decidir por otras opciones fuera del contexto local.

Una mirada temporal de los recursos humanos del CAPS muestra, en los últimos años, un incremento numérico a través de la incorporación de diversos profesionales con distintas especialidades médicas y no médicas. Si bien, en función de la historia precedente del centro de salud –tal como lo expresó un ex funcionario local–, puede ser leído como una mejora en la oferta del servicio, tal como lo proponen ciertos programas (PMC), no se puede soslayar que las limitaciones en la amplitud horaria de la atención hace que se concentre la población que consulta y/o se autoexcluyan del uso del servicio.

La atención infantil: controlar y curar

El control de la población materno infantil por parte del Estado es de larga data, y sus acciones se han dirigido no solo a la atención de enfermedades sino también al control de la salud. No obstante, tal como han expresado organismos internacionales y nacionales a través de documentos y declaraciones, algunos indicadores estadísticos muestran que las acciones no han sido muy efectivas o no tuvieron los resultados esperados. A raíz de ello el Estado reforzó sus intervenciones con incentivos destinados al personal de salud y por su intermedio a los CAPS como a las familias, a través del cumplimiento de las condicionalidades. Con relación a la AUH, tal como se expresa en *El derecho a la Salud. 200 años de políticas sanitarias en Argentina* del Ministerio de Salud de la Nación,

Desde su puesta en marcha fueron inscriptos cerca de 2 millones de beneficiarios, lo que representa un 70% de crecimiento con respecto a 2008 y un fenomenal aumento en los controles de salud y la vacunación en la población infantil. La incorporación en 2011 de la Asignación Universal por Embarazo –prestación dineraria destinada a mujeres embarazadas sin empleo formal u otra asignación familiar de todo el país–, también ha tenido un positivo impacto en la disminución de la mortalidad materna e infantil, al favorecer el acceso equitativo a las vacunas, los controles de salud y la educación de las mujeres (2012, p. 315).

La Salita organizó la atención a los niños/as menores de 5 años teniendo en cuenta tanto el control del niño sano como la demanda espontánea por enfermedad. El control del niño sano fue organizado a través de turnos previamente asignados, cubriendo una totalidad de diecisiete niños/as cada día de atención pediátrica, mientras que la atención de niños/as enfermos se planteó por orden de llegada, siendo atendidos mayoritariamente por la pediatra, mientras que la médica generalista atendía a los mayores de dos años en caso de mayor demanda.

En el caso particular de los menores de 2 años se implementó un trabajo coordinado entre la enfermera y la pediatra. La enfermera, que también era vacunadora, había sido entrenada para los controles de talla y peso y se encargaba de realizar esas mediciones. Luego, la pediatra, controlaba clínicamente

a los niños/as e indicaba, según correspondiese, estudios de rutina (otoemisiones acústicas, control de vista), las vacunas pertinentes según calendario y evacuaba las dudas/preocupaciones de las madres/padres, brindando indicaciones respecto de la alimentación según la edad de los niños/as y sugerencias acerca de la crianza y el cuidado.

Como se desprende de lo anterior, la práctica médica no se limita a una cuestión técnica, aunque la actividad técnica tiene significado social, sino que implica un proceso de socialización en términos de “inculcación” de ciertos saberes legitimados como correctos. No obstante, cabe decir que, en algunos casos, las madres reconocieron omitir mencionar al médico la realización de ciertas prácticas de crianza porque consideraban que podían ser cuestionadas por el profesional. Esto se reflejó en el diálogo entablado en la entrada del CAPS con una señora (de procedencia boliviana, con dos años de residencia en el país), que esperaba el control de su bebé. El niño de tres meses estaba acostado en el cochecito despierto y sin moverse. Al consultarle sobre esa situación, ella respondió que el niño estaba fajado mostrando cómo lo había hecho y afirmando “...para que esté durito y se haga fuerte sino, sale flojito...”. El diálogo continuó “nosotros nos criamos así... mi mamá hizo lo mismo con nosotros”. Sabiendo que esa costumbre no estaba avalada por la medicina “...la doctora me dijo que no lo hiciera...”, hizo caso omiso a esa indicación porque valoraba positivamente la manera en que “...se crían”. (Nota de campo, 18/4/13).

Finalizado el control, la administrativa, asignaba el próximo turno quedando asentado en la libreta sanitaria del niño. Cabe destacar, tal como lo cotejamos en 2012, que la asignación de nuevos turnos para control de niño sano tuvo un desfase de más de dos meses, situación que demoró en revertirse. Los estudios prescriptos, realizados en el Hospital de Niños Sor María Ludovica, de jurisdicción provincial, requerían turno previo, trámite que efectuaban las promotoras e informaban a las familias el día y horario en que debían concurrir. Si bien este procedimiento puede ser visto como un facilitador para las familias, se registró que la Salita tenía asignados dos días a la semana para solicitar los turnos y un cupo de diez cada vez. Los turnos asignados no siempre eran inmediatos, registrándose una demora de más de un mes en la mayoría de los casos. A esto se sumaban los inconvenientes del centro de salud ya que la tarea estaba condicionada a la presencia de la persona a cargo.

Ante situaciones de enfermedad, los niños/as de 0-5 años eran atendidos por la médica pediatra en función de la demanda y por orden de llegada al centro de salud. Esto hacía que las familias concurrieran con cierta antelación para garantizarse los primeros lugares a pesar de que todos iban a ser atendidos. Las madres llegaban con sus hijos a la Salita por la mañana, media hora antes del inicio de la consulta (7:30 horas) y a la tarde una hora antes (13 horas), por lo que cuando ingresaba el profesional, las madres ya estaban esperando. En ocasiones, si las madres evaluaban que sus hijos no estaban en condiciones para esperar, enviaban a algún familiar cercano (hijo, hermana, madre) para solicitar el turno y llegaban en el momento inmediato para la atención.

En la consulta, la médica atendía, indicaba el tratamiento y prescribía la medicación pertinente teniendo en cuenta la disponibilidad de los mismos en el CAPS y, según el caso, impartía ciertos consejos/recomendaciones. En ocasiones, ciertas recomendaciones médicas no se adecuaban a las condiciones y/o posibilidades materiales de las familias. Los motivos de las consultas eran diversos, tanto las madres como las profesionales mencionaron: diarreas, parásitos, dolor de panza, granitos en el cuerpo (escabiosis), deshidratación (adjudicada por los profesionales al suministro de infusiones con anís estrellado, paico, manzanilla, yerba de pollo a los niños/as menores de 5 años), dificultades para respirar (bronquiolitis, neumonías, coqueluche), fiebre.

En el caso de los problemas respiratorios, se evaluaba clínicamente al niño/a y ante el registro de episodios recurrentes, se realizaba el rescate. Se trata de un procedimiento técnico controlado por el profesional a través del cual se visibiliza cómo reacciona el bebé/ niña/o al tratamiento con salbutamol (aplicación del PAF) y se evalúa si se requiere o no derivar a un centro de mayor complejidad.

Esta forma de actuar concuerda con los procedimientos recomendados por la cartera de salud provincial que, en el marco del Programa Materno Infantil redactó el Módulo de Capacitación en IRAB para el equipo de salud. En él, se plantea que el tratamiento de rescate "...permite conocer en un tiempo corto (2 horas) y ante el equipo médico, la respuesta a la medicación ya que no todo paciente responde favorablemente (puede mantenerse igual y/o empeorar) frente al tratamiento con salbutamol" (Basso y Grad, 2007, p. 11).

Asimismo, los documentos destinados a los equipos de salud expresan sugerencias para los contextos de atención que apuntan a favorecer la predisposición del niño/a y su familia, advirtiéndose que:

Antes de que el niño se retire de la unidad se vuelve a reforzar la información a la madre, utilizando preguntas de verificación, esto significa que no preguntamos para que nos responda SÍ o NO, sino, que le pedimos a la madre que nos explique cómo lo haría ella en su casa, para poder corroborar que nos ha entendido y que el tratamiento está garantizado (Basso y Grad, 2007, p. 27).

Estas indicaciones al personal de salud se fundamentan en que las familias son multiplicadores de información, pero también en el peso que adquieren los procedimientos técnicos para la realización del tratamiento, como se indicó en la “Guía de seguimiento del niño en riesgo” “La técnica correcta es clave para el éxito del tratamiento. La falla en la técnica puede, por sí misma, provocar el fracaso del tratamiento” (2012, p. 8).

Algunas de las madres entrevistadas cuyos hijos presentaban IRAB atravesaron por este tipo de procedimiento tanto en la Salita como en la guardia del hospital.

Como se plantea en las guías, el procedimiento correcto permite descartar si los episodios recurrentes son producto de un error en la administración doméstica del PAF o una falta de respuesta orgánica al tratamiento. Cabe mencionar que en el centro de salud en ocasiones se efectuaron los rescates con otras marcas comerciales de broncodilatadores consideradas de mejor calidad que las que reciben las familias para su realización en el hogar, diferencia que relativizaría el inadecuado procedimiento materno que interviene en la valoración del tratamiento domiciliario.

El fracaso del rescate indica la necesidad de derivación hospitalaria porque se requieren intervenciones y seguimientos que están fuera del alcance del primer nivel de atención. En estos casos, los responsables del niño/a acudían por sus propios medios al Hospital de Niños o a través de la ambulancia solicitada por el centro de salud. La decisión médica dependía del estado de salud del niño/a, de la valoración respecto de la atención brindada por la familia y de la comprensión materna de las indicaciones médicas y su cumplimiento.

En diferentes ocasiones los profesionales del centro, muchos de ellos con una amplia experiencia en el sector público tanto en atención primaria como en instituciones de mayor complejidad, señalaron que “... actúas en el momento pero no sabés qué pasa después...” (Notas de campo, 17/5/12); frase que aludía no solo a la demora en la consulta sino a la continuidad del proceso de atención supeditado a las posibilidades y decisiones del responsable adulto tanto para su regreso al control como a la realización de los estudios indicados. En tal sentido y reconociendo que la distancia a los centros de mayor complejidad constituía un factor importante para cumplir con ciertas indicaciones médicas, la disponibilidad de promotores permitió complementar los procedimientos de rescate durante la consulta con seguimientos domiciliarios de casos a cargo de las mismas.

Los seguimientos domiciliarios: un medio para la vigilancia y el control

Desde el Ministerio de Salud provincial, en 2012, se lanzó el *Plan contra las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB)*. En esa ocasión, tal como lo expresaron los medios de comunicación, el Ministro de Salud provincial señaló: “Esta temporada nos vamos a centrar en la prevención y en el seguimiento domiciliario de los casos de riesgo, a lo que se suma la entrega de medicamentos gratuitos en centros de salud municipales y en los hospitales de la Provincia” (InfoRegión 26/3/12). Para ello, se informó de la distribución de “...280 mil aerosoles de salbutamol en centros de salud y una inversión de 18 millones de pesos para sumar enfermeros y médicos a los establecimientos sanitarios” (InfoRegión, 26/3/2012).

Por su parte, la directora del Plan Materno Infantil Provincial indicó una disminución de casos, atribuyéndolo a la incorporación de la vacuna antigripal al calendario y a las campañas de difusión: “...durante los últimos años hemos generado campañas muy intensas para que los padres mantengan el alerta y consulten al médico frente a los primeros signos de dificultad respiratoria” (InfoRegión, 26/3/12).

En este marco, a través de la *Guía de seguimiento del niño en riesgo en la comunidad* (2012), se expresó, entre otras cuestiones, quiénes eran objeto de seguimiento y cómo debía realizarse el seguimiento domiciliario: periodicidad diaria, conocimiento de la familia acerca de la posesión de insumos

para el tratamiento como la comprensión y verificación de las indicaciones médicas. O sea, se normativizó el seguimiento domiciliario como práctica de intervención de los centros de salud.

En el municipio, esta forma de intervención se explicitó en la modalidad de funcionamiento que adquirió el *Programa de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB)*: “Los hospitales y los CAPS notifican semanalmente a la Secretaría las consultas, derivaciones y/o internaciones de todos los niños registrados que padecen IRAB. Esos datos se procesan y posteriormente se coordina una visita domiciliaria y /o hospitalaria para relevar el estado del niño. Esta tarea es efectuada por los promotores de salud quienes, a su vez, se encargan de hacer un seguimiento semanal. Los datos obtenidos a partir de estos encuentros permiten delinear las acciones concretas a seguir de acuerdo a cada caso”.

En la Salita, los seguimientos domiciliarios realizados por las promotoras de salud provenían de las indicaciones de los profesionales del centro de salud, de las solicitudes de la Secretaría de Salud Municipal y/o por el personal del Hospital, con el propósito de observar, registrar e informar. Ellas visitaban a las familias cuyos niños/as, luego de haber sido atendidos o de haber estado internados, no regresaron al control indicado.

En el marco del programa municipal *Promotores Comunitarios de Salud*, las promotoras fueron capacitadas para el seguimiento de casos de niños/as con bronquiolitis y neumonía. En articulación con el programa IRAB municipal, eran las encargadas de conversar en los hogares con el responsable adulto, habitualmente madres o abuelas, sobre el estado de salud del niño/a, además de completar la planilla de seguimiento domiciliario de IRAB.

El diálogo inicial con las mujeres de las familias rondaba sobre lo indicado por el profesional del centro de salud: asistencia al hospital, qué le dijeron, si efectuó las indicaciones médicas y cómo las realizó. Luego solicitaban ver a los niños/as para observar su forma de respirar y detectar alguna dificultad (“pecho chupado”), revisaban la libreta sanitaria, tomando datos generales de edad, peso y los referidos a los controles (último y próximo). Además, durante la visita brindaban consejos y recomendaban, en función de sus pareceres, la consulta a la Salita o al hospital.

En los primeros acompañamientos realizados durante el trabajo de campo, las promotoras registraban datos generales, particularmente lo asentado

en la libreta, pero a partir de 2014 a ese registro le incorporaron la firma del responsable adulto que informaba como forma de certificar la visita. El cambio se debió a un evento crítico, el fallecimiento de una beba, que puso en cuestión el desempeño del personal del centro de salud.

Los seguimientos domiciliarios también se efectuaron en el marco del Programa municipal *Mamá y Bebés Sanos*, donde las promotoras junto con la obstétrica visitaban a las embarazadas y púerperas que no asistían al control correspondiente. En algunos casos la obstétrica las controlaba en sus hogares, en otros cotejaba la asistencia al control hospitalario, ya que algunas mujeres intercalaban controles en la Salita y en el hospital asignado para el parto.

A través de la organización institucional de la atención pudimos apreciar, por un lado, las intervenciones que el centro de salud despliega para optimizar la atención biomédica y facilitar a la población/usuarios la consulta en los centros públicos de mayor complejidad. Por otro, permitió, en el marco de los lineamientos programáticos, develar las diversas relaciones e interacciones que se conforman entre el personal de salud (profesionales, administrativos y promotores sociales), los usuarios y sus familias, haciendo visibles las maneras en que, a través de los saberes técnicos, se clasifica/tipifica, interpreta y normatiza no solo un “estado” físico-biológico sino una condición sociocultural. No obstante, desde los usuarios/familias la actitud es ambigua, se otorga legitimidad al discurso y práctica biomédica acatando sus recomendaciones pero también se las relativiza desde sus propias lógicas y marcos de posibilidades.

Promoción de la salud: ¿una acción valorada?

La estrategia de atención primaria a la salud, tal como se la plantea desde los organismos nacionales e internacionales, postula trascender la función curativa individual para abarcar una serie de tareas que centradas en la comunidad apuntan, en definitiva, a instaurar y difundir una manera de entender la salud-enfermedad y actuar en consecuencia. Esto se aprecia en los materiales dirigidos a los profesionales del Programa Médicos Comunitarios, donde se expresa:

... un sistema de salud no está enfocado en la atención del órgano o de la enfermedad. En lugar de ello, debe enfocarse a la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, en la proyección de

respuestas a la comunidad local y a su entorno a lo largo de la vida, al tiempo que garantiza que la persona no sufra daños o perjuicios de ningún tipo. (...) Orientación familiar y comunitaria significa que un Sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención (*Módulo 5*, p. 83).

En los intentos de instalar una mirada que trascienda lo curativo-individual, la biomedicina en constante expansión mantiene con fuerza su carácter asistencial, porque lo demandan los sujetos que requieren solución a los problemas que padecen y porque el Estado promueve y potencia, a través del financiamiento basado en resultados para los profesionales y con las condicionalidades para las familias.

Sumado a ello, se insiste en la instalación de actividades tendientes a la promoción y prevención con modalidades de intervención cuyo énfasis está puesto en la participación comunitaria como medio o instrumento (Menéndez, 2009), u otras que solo apuntan a impartir conocimiento en los sujetos a través de charlas en función de temas/problemas que preocupan y/o son propuestos por los funcionarios, las organizaciones y/o instituciones y, a veces, por los profesionales. En este último caso no siempre coinciden los intereses, preocupaciones y demandas de los involucrados.

En la Salita una de las intervenciones realizadas en 2013, con motivo de la celebración del Día del Niño, fue una charla sobre alimentación: *Qué comemos y/o podemos comer*. El tema inquietaba al personal porque observaba entre los niños/as y en algunos adultos, durante la espera para ser atendidos, el consumo frecuente de snacks, gaseosas/jugos, golosinas, galletitas. A esta observación se sumaban las referencias maternas, durante la atención, de ciertos consumos alimentarios inapropiados en los niños/as más pequeños.

La actividad propuesta tuvo como marco la pertenencia del personal al Programa de Médicos Comunitarios, que entre sus objetivos proponía "...afianzar las actividades de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria y trabajo en redes".

El evento no fue anunciado y se eligió el espacio de la atención pediátrica porque concentraba la mayor concurrencia de madres y niños/as.

Los bizcochuelos y el mate cocido, preparados por el personal del CAPS, constituyeron los elementos que habilitaron el inicio de la charla, donde se señaló la preocupación por la mala nutrición de los niños/as.

A pesar de las limitaciones del espacio, la sala de espera fue el ámbito para la realización de una actividad interactiva donde participaron las madres y el personal de salud (psicólogo, promotores sociales). En un momento de la charla se acercó la pediatra, que se encontraba atendiendo, quien brindó información sobre algunos de los productos que consumían como también algunos consejos que apuntaron a la búsqueda de alternativas alimentarias dentro de sus marcos de consumo.

La presencia de la médica fue significativa no solo como palabra autorizada sino porque favoreció a que las madres expresaran sus dudas y se mostraran interesadas por el tema. Aquellas madres que estaban fuera de la sala de espera se acercaron a la puerta a escuchar y opinar.

De manera distendida y risueña las madres distinguieron el deber ser, de lo que hacían habitualmente, reflexionaron sobre sus prácticas alimentarias: “...dice mi nene si gomitas se puede comer”; “¿por qué salchichas no?, nosotros comemos muchas salchichas con puré”. Mientras se conversaba sobre este tema, fuera de la sala algunas mujeres con sus hijos que estaban esperando para su atención comían snacks, golosinas y/o tomaban gaseosas.

Al finalizar la charla algunas madres expresaron que les había resultado interesante la actividad, los profesionales del centro quedaron conformes con la participación de las mujeres. Sin embargo dicha actividad fue objeto de cuestionamientos por parte de algunas madres *habitué* de la Salita que consideraban que perdían su tiempo y que la función del personal debía restringirse a la atención. A partir de ello tales actividades se fueron diluyendo hasta desaparecer.

La experiencia relatada respondió al tipo de actividad centrada en impartir conocimiento a los sujetos desde un lugar donde se apunta a la reflexión y modificación de prácticas. No interesa evaluar sus aciertos o sus errores, tampoco efectuar un comentario valorativo sobre la experiencia, sino que habilita a preguntarnos (y también a quienes delinean las políticas de salud) qué espera/demanda la población de los centros de salud, parti-

cularmente en contextos donde las opciones de servicios y recursos son escasas y/o restringidas.

Comentarios finales

En las últimas décadas los documentos oficiales afirmaron el rol central del Estado como conductor del sistema de salud. En ese marco, centrado en los derechos, el Estado se asumió como garante de la salud pública delineando la orientación, en tanto definición y posicionamiento, de sus políticas públicas e implementando las medidas específicas para su realización. Tal como lo expresaron los planes (nacionales y provincial) se consideró que el foco debía estar puesto en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud en tanto estrategia que apunta no solo a ampliar la cobertura y satisfacción de las necesidades básicas de salud del conjunto de la población sino a favorecer el empoderamiento y la participación de las personas en tanto sujetos de derecho.

En este sentido, y tal como se pudo apreciar en el caso aquí presentado, se implementaron una serie de programas (Médicos Comunitarios, Remediar, Plan Nacer- Sumar) que apuntaron centralmente a favorecer el acceso a ciertas prestaciones médicas a través de la incorporación de personal (particularmente a la atención y seguimiento de la enfermedad y control de la salud) y de potenciar la accesibilidad a los medicamentos prescritos. Más allá del espíritu de la estrategia de atención primaria y de lo enunciado en programas como el de Médicos Comunitarios, el foco estuvo puesto mayoritariamente en la atención médica asistencial más que en la promoción de la salud y en actividades centradas en la comunidad.

Si bien las experiencias locales, dependientes de las orientaciones que los gobiernos municipales dan a sus políticas de salud, son variables, el peso de las actividades médico asistenciales deben pensarse no solo con relación a maneras arraigadas de actuar de los profesionales sino con una demanda de la población. En el caso presentado y atento a las limitaciones expresadas, se puede señalar que las intervenciones del Estado instauraron una mejora en el acceso de población vulnerable a ciertos servicios brindados por el centro de salud, aunque no se puede soslayar la persistencia de inequidades en aspectos centrales de las condiciones de vida (vivienda, servicios públicos, etc.) generadoras de enfermedad.

El centro de salud estudiado puede no reflejar las experiencias de otros CAPS del municipio, en tanto que sus lógicas de organización y funcionamiento están atravesadas por las características peculiares que presenta la localidad en la que se inscribe. No obstante, la reflexión sobre ciertos aspectos, como por ejemplo la continuidad de los profesionales, el acceso a los medicamentos de uso frecuente, la sala de espera como ámbito de socialización de saberes, puede contribuir a la orientación de políticas de salud que favorezcan la accesibilidad a los servicios contemplando contextos y procesos locales.

Bibliografía

- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2003). *Acuerdo Federal de Salud*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/otras-actas/acuerdo-federal-salud.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2004). Consejo Federal de Salud. *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-109.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Plan Federal de Salud 2010-2016*. Recuperado de <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ARG%202010%20Plan%20federal%20de%20salud%202010-2016.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en Argentina*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/libro-el-derecho-a-la-salud/libro-el-derecho-a-la-salud.200-a%C3%B1os-de-politicas-sanitarias-en-argentina.pdf>.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (S/F). *Programa Médicos Comunitarios*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/>
- Argentina. Ministerio de Salud, Programa Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. (2011). *Módulo 5. Políticas de Salud*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/5-modulo-pssyc.pdf>
- Argentina. Municipalidad de La Plata, Secretaria de Salud y Medicina Social. (S/F). Recuperado de <http://www.municipalidad.laplata.gov.ar/areas/secretariasaludymedicinasocial/institucional>

- Argentina. Municipalidad de La Plata, Secretaria de Salud y Medicina Social. *Programa de Promotores Comunitarios*. Recuperado de <http://www.salud.laplata.gov.ar/programasdesalud/promotorescomunitarios?start=1>
- Argentina. Municipalidad de La Plata, Secretaria de Salud y Medicina Social. (2009). *Lanzamiento del Programa Mamá y Bebé Sanos. Objetivo conjunto entre Municipio, Provincia y Nación*. *Extramuros*, 5, 13-17.
- Argentina. Municipalidad de La Plata. (2012). *Programa de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas. (IRAB)*. Recuperado de <http://www.salud.laplata.gov.ar/programasdesalud/programa-irab>
- Argentina. Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Dirección de Maternidad Infancia y Adolescencia y Dirección de Medicina Preventiva, Programa IRA de la Provincia de Buenos Aires. (2012). *Infecciones Respiratorias Agudas. Guía de Seguimiento del niño de riesgo en la comunidad*. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/pediatrica/files/2013/02/GUIA-IRAB-promotores-2012.pdf>
- Argentina. Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Subsecretaria de Planificación de la Salud. (S/F). *Plan Quinquenal de Salud 2011-2015*. Recuperado de www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>” PlanHYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”-HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”QuinquenalHYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”-HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”2011HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”-HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”2015HYPERLINK “<http://www.ms.gba.gov.ar/wp-content/.../01/Plan-Quinquenal-2011-2015.pdf>”.pdf
- Barros, J. (1985). *Medicamentos: ¿uso o abuso?*. *Cuadernos Médicos Sociales*, 34.
- Basso, V. y Grad, E. (2007). *Módulo de Capacitación en IRAB para el equipo*

- de salud*. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/files/2012/03/modulo-IRA-equipo-de-salud.pdf>
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Stake, R. E. (2007). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Stolkiner, A., Comes, Y. y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600019>
- Tobar, F. (2003). Un poderoso instrumento para mejorar la atención primaria. *Atención Primaria de la Salud Boletín PROAPS- Remediar*, 1. Recuperado de <http://186.33.221.24/remediar/pdf/boletines/boletin%201.pdf>
- Weingast, D. (diciembre, 2010). *Saberes y cuidados de la salud infantil en hogares pobres, una tarea de mujeres*. Trabajo presentado en las VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Fac. de Humanidades y Ccs. De la Educación, La Plata.
- Weingast, D. (octubre, 2011). *Prácticas de autoatención ante problemas respiratorios en población infantil pobre*. Trabajo presentado en las III Jornadas de Antropología Social del Centro. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Olavarría.
- Weingast, D. (diciembre, 2012). Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas. *Actas de las VII Jornadas de Sociología de la UNLP*, Argentina. Recuperado de <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/actas/Weingast.pdf/view?searchterm=None>
- Weingast, D. (2013). Mujeres y varones frente a la atención y el cuidado infantil. En L. Adad y A. Villafañe (Coord.), *La Antropología social hoy: a 10 años del nuevo siglo* (pp. 647-657). Tandil: E-book.
- Weingast, D. (2014a). Servicios de salud y género en la atención de enfermedades respiratorias infantiles. *Actas de las VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*, Argentina. Recuperado de <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/viii-jornadas-2014>.

Weingast, D. (julio, 2014b). Atender y cuidar: un trabajo cotidiano dentro y fuera del hogar. *Actas del XI Congreso Argentino de Antropología Social*, Rosario. Recuperado de <http://www.11caas.org/conf-cientifica/comunicacionesActasEvento.php>

Derechos de mujeres y prácticas médicas. Humanización de la atención médica de partos

Belén Castrillo

Presentación

En este capítulo describiremos y analizaremos la política de humanización de la atención médica de partos de bajo riesgo implementada en maternidades públicas de La Plata. Consideramos que la humanización de este tipo de atención se asienta sobre dos ejes interrelacionados: la consagración de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y la revisión y cuestionamiento de las prácticas médicas obstétricas hegemónicas.

El capítulo consta de cuatro partes: en la primera nos referiremos a los significados e implicancias de la humanización de la atención del parto.¹ En la segunda, haremos una lectura crítica de tres guías ministeriales (dos nacionales y una específica de la provincia de Buenos Aires) que operativizan los lineamientos de la política de humanización a la luz de los dos ejes mencionados. En la tercera, analizaremos los lineamientos particulares de las guías sobre la humanización en atención de los partos de bajo riesgo. En la cuarta parte, y a través de lo recorrido en las anteriores, se expone un análisis de su implementación a partir entrevistas a funcionarias del área de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y a las jefas de los servicios de tocoginecología de tres maternidades de hospitales públi-

¹ Quedan excluidas de este capítulo las reflexiones en torno a las regulaciones en torno al embarazo, puerperio, lactancia y cuidados del recién nacido, ejes en los que las guías analizadas intervienen.

cos de la ciudad de La Plata. El abordaje es cualitativo, basado en el análisis de documentos y entrevistas.

La pregunta por la humanización

La humanización comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero, respecto a la convicción de que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad a la mujer, a sus familiares y al recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos. Además dignificaría a la mujer pues tendría en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir que contribuiría a aumentar su grado de satisfacción (Arnau Sánchez et al., 2012, p. 232).

La humanización de la atención médica se vincula a un paradigma que propugna cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica, que tiene arraigo en diversas áreas de la salud. En la atención de partos, específicamente, pone el acento en que durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, se respeten y adquieran protagonismo los derechos de las mujeres, lo que implica cambios y adaptaciones de las prácticas médicas. En este sentido, la humanización aparece como reacción a la patologización e intervencionismo médico instalados alrededor de estos procesos,² con la intención de combinar

² “Esta visión patológica de los cuerpos y procesos de las mujeres es muy influyente en el modo actual de concebir los partos. En vez de partir de la evidencia científica aportada por la medicina y basada en evidencia que sustenta que más de 85% de los partos y nacimientos pueden desarrollarse de forma fisiológica y casi sin intervención externa a las mujeres, se organiza un sistema de atención al parto que pretende llegar a 100% de las mujeres basado en la concepción patológica del parto, obligando a las mujeres a parir en centros de segundo y tercer nivel de atención, asistidas por la medicina e invadidas por la tecnología y por intervenciones muchas

el progreso de la tecnomedicina con un trato y una relación médico-paciente particular, respetuosa, centrada en los aspectos psicoafectivos, emocionales, culturales y sociales del evento del nacimiento. De este modo, la humanización de la asistencia al parto implica una transformación tanto de la comprensión del parto como del hacer médico (Porto, Costa y Velloso, 2015).

En los estudios sobre el tema, se analiza la humanización del parto como una retórica (Jerez, 2015), ideario (Tornquist, 2003) o término estratégico (Porto et al., 2015), que combina dos dimensiones centrales: la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres –y, por ende, de la ciudadanía y autonomía de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo– y la crítica –transformación de las prácticas médicas obstétricas para apuntar al cumplimiento de esos derechos.

Hablamos de una “política de humanización” en tanto constituye el horizonte estatal de la atención médica de partos, y analizamos solo un instrumento de dicha política al tomar tres guías que recogen parte de sus lineamientos principales. El supuesto básico del presente trabajo es que a través de estos instrumentos –las guías mencionadas y otros dispositivos de la política de humanización– el Estado legitima ciertas intervenciones médicas en los procesos de parto –o su reevaluación o la incorporación de nuevas– al tiempo que cuestiona mitos instalados en la práctica clínica y da nuevas orientaciones para el trabajo profesional. Entendemos aquí la humanización como un horizonte vinculado a una política de salud que se traduce en intervenciones protocolizadas y guías de procedimientos que apuntan al cambio del trabajo profesional, de las relaciones médico-paciente y del acceso a derechos sexuales y reproductivos de la sociedad. En este sentido, la pregunta sociológica es sobre las relaciones de poder que se dan en la atención médica del parto y en los modos en que el Estado viabiliza, obstaculiza, propone y disputa las formas en que se dan.

Las guías y los lineamientos de la política de humanización

La política de humanización de la atención médica de partos encuentra en Argentina un punto de partida en la Ley 25.929 de “Derechos de padres

veces injustificadas que van quitándole la posibilidad de reconocer y responder a las necesidades de su cuerpo. Negándoles así la posibilidad de experimentar que son ellas las que paren a sus hijos e hijas, y al contrario, presentando al hospital como el dispositivo que ‘logró’ que su bebé naciera” (Gainza, Labastie y Magnone Aleman, 2013, pp. 188-189).

e hijos durante el proceso de nacimiento”, sancionada en 2004 y reglamentada once años después. Este instrumento legal condensa y responde a años de demandas de algunos actores sociales y es de los primeros dispositivos a través del cual el Estado instituye formas de concebir la atención médica humanizada de partos, mediante la explicitación de los derechos de las mujeres-madres durante el proceso de nacimiento.³ En el caso de las mujeres madres, la ley 25.929 establece los derechos a: la información sobre la evolución de su trabajo de parto y estado de salud y sobre las intervenciones para optar libremente por realizarlas o no; al trato respetuoso individual y personalizado; a ser consideradas personas sanas; al parto natural (es decir, al respeto de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de ella y su bebé); a no ser objeto de estudio sin su consentimiento; al acompañamiento por la persona que elija; y a no ser separada de su bebé, principalmente. Si bien la apuesta simbólica es por la garantía y el acceso a derechos sexuales y reproductivos, en algunos pasajes y nociones de esta ley, se reproducen y generan idealizaciones de los procesos de parto y de los modos de ser mujeres y madres.

Proponemos analizar la política de humanización a partir de lo que mencionamos como dos de sus dimensiones centrales: el acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la revisión de las intervenciones médicas (a través del criterio de la medicina basada en la evidencia)⁴. Algunos de los estudios (Jerez, 2015; Porto et al., 2015; Gainza et al., 2013) han privilegiado uno u otro aspecto, y aquí hemos decidido tomarlos como partes interrelacionadas, en tanto comprendemos que el acceso a los *derechos* a la salud y, específicamente, a la salud sexual y reproductiva de las mujeres-madres que paren, exige cambios en las intervenciones médicas durante el proceso de parto. Esto es, con relación a la redefinición de las prácticas médicas, las guías valoran la utilización de prácticas demostradas *científicamente* como beneficiosas y alertando sobre las que se evidencian como perjudiciales. Por

³ La ley también establece los derechos del recién nacido sano, los derechos de los padres alrededor de las posibles internaciones neonatológicas, y de los varones-padres durante el proceso de nacimiento.

⁴ Sobre las críticas a la Medicina Basada en la Evidencia ver Fernández Sacasas (2011), Gómez de la Cámara (2003), Gracia (2009), Ortega Calvo y Cayuela Domínguez (2002).

ejemplo, el acceso a la libre elección de la posición para parir o el derecho al acompañamiento remiten a la modificación de prácticas e intervenciones de los profesionales durante la atención del parto. De hecho, las normativas insisten en que los mismos profesionales médicos deben dar conocimiento a las mujeres de los derechos que las asisten, en el marco del horizonte humanizador y de la revisiones y cuestionamientos a las prácticas médicas que, basadas en la evidencia científica, se postulan como aconsejadas y desaconsejadas.

En consonancia con esta ley, se generan una serie de lineamientos que se expresan en tres guías producidas por los ministerios de salud de la nación y de la provincia de Buenos Aires en el último lustro, que aquí tomamos para analizar la política general de humanización. Nos referimos a: *Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo* (en adelante, Guía 1), producido por UNICEF y Ministerio de Salud de la Nación en 2011; la *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia* (en adelante, Guía 2), con autoría de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, de 2012, y la *Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo* (en adelante, Guía 3) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, publicada en 2012. Este conjunto de guías, como se puede apreciar en el cuadro N° 1, se concentra en distintos aspectos de la atención médica del proceso perinatal, y se orienta a promover cambios y a regularizar aspectos institucionales y de la atención médica.

Cuadro N° 1.

Síntesis de las guías sobre humanización de la atención médica de partos.

| | Autoría y año | Cambio institucional | Atención médica | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------|-----------------|-------|-------------------------|
| | | | Embarazo | Parto | Puerperio y neonatal |
| Guía 1: <i>Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo</i> | Ministerio de Salud Nación (2011) | √ | | √ | √ |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| Guía 2: <i>Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia</i> | Ministerio de Salud Nación (2012) | | √ | √ | √ |
| Guía 3: <i>Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo</i> | Ministerio de Salud Pcia. Bs. As. (2012) | | | √ | √ |

Elaboración propia

En términos generales, la guía que opera en la práctica profesional es la que establece el cambio hacia el modelo “Maternidades seguras y centradas en la familia” (MSCF, Guía 1) basado en la experiencia de las prácticas en la Maternidad Sardá desde 1980 y busca replicarla.

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna (Guía 1, p. 11).

La primera guía propone reevaluar las prácticas médicas en la atención del parto y modificarlas teniendo como criterios la efectividad, la seguridad, la cultura del error basada en el sistema,⁵ el cambio espacial y la medicina

⁵ Se vincula el error a una cuestión del sistema y no a cuestiones de mala praxis o de errores

centrada en el paciente –todos vinculados a la política de humanización. Respecto al enfoque de derechos, esta guía retoma los derechos explicitados en la ley 25.926 –aunque no la menciona–, y en términos de derechos humanos alude al derecho a la vida y a recibir atención médica, pero no a los derechos sexuales y reproductivos de las personas. En distintos pasajes, las guías hacen referencia a los *derechos* tratándolos como *necesidades*, *decisiones* o *deseos*, sin tener en cuenta que sus significados difieren ampliamente. Asimismo, sostiene que el equipo de salud debe llevar adelante “comportamientos y prácticas sustentadas en los derechos de la embarazada y su bebé” (Guía 1, p. 68), mientras que en otros pasajes, se refiere a “la decisión de la embarazada sobre la posición, disposición y tiempos durante el trabajo de parto y parto” (Guía 1, p. 40).

Consideramos que esta serie de postulaciones idealizan la relación médico-paciente, en tanto supone que los médicos y la estructura organizacional hospitalaria están dispuestos a negociar (y respetar) esas decisiones/necesidades/derechos, y que las familias pueden hacerlo, sin tener en cuenta variadas constricciones estructurales, como así también los desiguales recursos simbólicos, culturales o sociales que permiten negociar en el marco de relaciones de dominio/subordinación médico-pacientes.

La segunda guía analizada, producida en 2012, también con autoría del Ministerio de Salud de la Nación y de UNICEF, se deriva de la primera, al sentar las bases para la “atención del parto normal en las MSCF” (Guía 2). Las particularidades radican en que está destinada a los equipos de salud (obstétricas, tocoginecólogos, neonatólogos, médicos generalistas, enfermeros, etc.) y que se apoya en la medicina basada en la evidencia para argumentar y sostener la revisión de las prácticas profesionales.

Un elemento destacable de esta segunda guía es que su punto de partida es un diagnóstico de situación sobre el proceso histórico de medicalización del parto y de su construcción como acto médico, en un acto de reflexividad sumamente interesante, al tiempo que refiere a varias acciones político-estatales internacionales que buscaron humanizar la atención, con lo cual permite

humanos del personal de salud, en un movimiento en el que “se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en que el error no es castigado” (Guía 1, p. 46). Consideramos que si bien esto tiene aspectos positivos, en tanto implica pensar estructuralmente los errores, también responde a una medicina corporativa defensiva.

instalar este entramado en un marco mayor. Da cuenta de los procesos de institucionalización y patologización del parto y la entrada de mujeres y recién nacidos sanos a la lógica hospitalaria:

Pasaron a hacer largas colas, internarse para el parto separados de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso con consecuencias iatrogénicas como la lesión del vínculo madre-hijo y la introducción de otros líquidos y sucedáneos en la alimentación del recién nacido sano, con graves consecuencias para la lactancia materna (...). El parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los otros aspectos. Dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales (Guía 2, p. 15).

Aunque la mayoría de los estudios sobre el tema comparten esta visión sobre la institucionalización y medicalización del parto, consideramos que aquí puede pensarse que se utiliza el argumento con fines de construir un estereotipo negativo que permite legitimar la nueva política de humanización con los cambios que implica. Esto es visible en el hecho de que se reproduce una visión idílica de un pasado en el que el parto era “privado y femenino”, desconociendo que en realidad en el pasado los partos eran tal vez aún más públicos que ahora por tratarse de hechos de la comunidad, de los que participaban mujeres y matronas, entre otros.

Esta guía da cuenta, a su vez, de cómo el eje de las decisiones pasó a ser el equipo de salud y cómo se extendió el uso de tecnologías y procedimientos destinados a los partos de riesgo a todos los casos (incluidos los de bajo riesgo), construyendo rutinas con las prácticas médicas en la atención del parto. “Se consideró conveniente ‘gobernar o dirigir’ el parto, aún los normales, extendiendo prácticas hoy desaconejadas, pero que en algunas instituciones se siguen realizando” (Guía 2, p. 15).

Finalmente, la tercera guía, producida desde la Cartera de Salud de la Provincia de Buenos Aires, analiza los tres subperíodos de este proceso general: embarazo (y controles prenatales), parto y puerperio de bajo riesgo. Sus postulaciones se insertan en la búsqueda del “cuidado integral

de la mujer” y en un enfoque de derechos, centrado principalmente en los derechos de salud.

La intervención planteada desde los procedimientos aquí descriptos se apoya en un enfoque de derechos. Esta perspectiva aplicada a la atención de la salud, concibe a la misma como una responsabilidad de los gobiernos, de carácter obligatorio en lo moral y lo legal, para cubrir las demandas de la población y garantizar un buen estado de salud integral a largo plazo. El enfoque de derechos no solo hace hincapié en la responsabilidad de las autoridades, sino en la concepción de sujeto como persona empoderada que ha tomado conciencia de los derechos y puede exigir su cumplimiento y garantía. Por otra parte, una perspectiva de derechos contribuye también a una atención más completa y equitativa, ya que los derechos, en tanto normas universales, estandarizan y benefician a todos los sujetos por igual (Guía 3, p. 13).

En líneas generales, podemos afirmar que la letra de estas guías que referencian la política de humanización de la atención médica de partos, expresa visiones progresistas que tensionan la realidad en la que se atienden hoy los partos. Sin embargo, proponen un horizonte que no ve constricciones estructurales del sistema sanitario y hospitalario y de la profesión médico-obstétrica general, y desatiende disputas, (des)acuerdos, condiciones y posibilidades de los sujetos, colectivos e instituciones implicados; al tiempo que se presenta como una alternativa de cambio, reevaluación y redefinición de prácticas médicas con el fin de garantizar derechos.

Los lineamientos específicos para la atención de partos de bajo riesgo

Consideramos que hay tres cuestiones principales para tener en cuenta en el análisis de los lineamientos de la política de humanización para la atención de los partos de bajo riesgo. Primero, el enfoque de riesgo reproductivo utilizado para ponderar los partos –que no profundizaremos aquí–, segundo, la cuestión de las prácticas médicas aconsejadas y desaconsejadas para la intervención en estos casos y, tercero, el foco en los derechos sexuales

y reproductivos de las mujeres que buscan garantizarse en este período del proceso perinatal.

Según la OMS, el parto normal es aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones (Guía 2, p. 23).

Sobre el enfoque de riesgo, solo mencionaremos algunas reflexiones que emergen en el análisis y que consideramos prudente retomar y profundizar en trabajos posteriores. Es significativo que la definición del bajo riesgo es posterior al evento, por lo que se actuará con presunción de riesgo y las decisiones clínicas se tomarán en conformidad con dicha presunción: *todo parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario*. Esta forma de proceder se tensiona con la idea humanizadora que estipula que “en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural (OMS, 1996)” (Guía 2, p. 23). Consideramos que la cuestión de la construcción del riesgo, de las etiquetas de riesgo reproductivo y de las ideas de normalidad/desviación es uno de los núcleos más problemáticos en la política de humanización. En efecto, mientras que por un lado se discuten las intervenciones innecesarias en el marco de una concepción fisiológica del parto,⁶ por el otro se propugna la evaluación y control constante del proceso de nacimiento. Este nodo conflictivo aún requiere de trabajos de articulación y reflexión para no descartar ni reificar la cuestión del riesgo reproductivo.

En torno a esas intervenciones médicas que se revisan, las guías establecen cuáles se aconsejan –según la evidencia clínica y científica disponible– y cuáles no –según su rutinización y sus consecuencias iatrogénicas– (Cuadro N° 2).

⁶ “En el 90% de los casos el parto es un proceso fisiológico, espontáneo y saludable. La mujer y el bebé poseen *la sabiduría inherente necesaria* para el parto” (Guía 3, p. 90, cursivas propias).

Cuadro N° 2.
Prácticas aconsejadas y desaconsejadas para la atención del parto
según Guías 1, 2 y .

| Período del parto* | Prácticas Aconsejadas | Prácticas Desaconsejadas |
|--------------------|--|--|
| DILATANTE | <ul style="list-style-type: none"> • Manejo activo del trabajo de parto • Acompañamiento y apoyo psicofísico • Ingesta de líquidos y alimentos • Analgesia no farmacológica • Monitoreo fetal intermitente • Libre de ambulación • Elección de posición • Partograma | <ul style="list-style-type: none"> • Venoclisis (vía) • Enema • Rasurado púbico • Medicación e inducción con oxitocina • Monitoreo fetal continuo • Tactos frecuentes • Amniotomía (rotura artificial de membranas) |
| EXPULSIVO | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento y apoyo psicofísico • Ambientación de sala de parto: cálida y aséptica • Elección de posición • Pujo espontáneo • Criterio conservador, expectante y fisiológico • Recurrencia a saberes de curso preparto • Clampeo tardío del cordón • Contacto piel a piel (COPAP) y no separación de madre-recién nacido | <ul style="list-style-type: none"> • Episiotomía de rutina • Pujo dirigido • Cateterización vertical • Maniobra de kristeller • Más de una hora de expulsivo. • Rutinización de cesáreas |
| ALUMBRAMIENTO | <ul style="list-style-type: none"> • Manejo activo del alumbramiento (administración de oxitocina para acelerar la expulsión de la placenta). • Examen de membranas y placenta • Procedimientos de rutina al RN | <ul style="list-style-type: none"> • Manejo fisiológico del alumbramiento (respeto del tiempo fisiológico de expulsión de la placenta). |

* El parto supone tres sub-períodos: el de dilatación (conocido como trabajo de parto), el expulsivo (el momento propio del parto/nacimiento) y el de alumbramiento (en el que se expulsa la placenta y concluye el parto).

Elaboración propia en base a Guías 1, 2 y 3.

Cabe resaltar que el horizonte humanizador de estas guías, que buscan promover –según su letra– la desmedicalización y evitar intervenciones médicas innecesarias durante el proceso de nacimiento, se anula durante el período de alumbramiento. Esto es, ya que la hemorragia postparto es la primera causa de muerte materna, se propugna una intervención total a través del “manejo activo” de la expulsión de la placenta, erigiéndose como una de las prácticas aconsejadas, por sus justificaciones médicas y epidemiológicas explícitas.

La modificación de prácticas consideradas ya sea perjudiciales o beneficiosas –en base a evidencia científica–, se relaciona con el acceso a los derechos a la salud, sexuales y reproductivos de las mujeres, y la vinculación de ambos ejes es el pilar sobre el que se asienta la política de humanización. Entonces, retomando el eje del enfoque de derechos, en las guías se establece cómo la atención médica puede ligarse con el respeto de los derechos de la mujer, el bebé y su familia, en una clara búsqueda de humanización:

I) Asegurar que el parto se realice en instituciones, de manera segura y bajo las pautas de MSCF, evitando el uso rutinario de fármacos innecesarios y de prácticas y procedimientos sin un fundamento científico. II) Permitir el acceso de la persona que la parturienta elija para que le brinde apoyo físico y emocional durante el trabajo de parto y parto. III) Respetar el derecho de la mujer a elegir la posición que le resulte más placentera para parir. IV) Respetar la privacidad, confidencialidad y dignidad de la parturienta. V) Lograr que el progreso del parto y la condición materno-fetal se mantengan dentro de límites fisiológicos. VI) Fomentar la interacción conjunta a fin de fortalecer el vínculo madre-hijo (Guía 3, p. 84).

Por otro lado, se sostiene que el contexto institucional y la relación médico-paciente intervienen favorable o desfavorablemente sobre el proceso de parto, razón por la cual generamos preguntas de investigación referidas a este marco. “La confianza de la mujer [y] su capacidad para dar a luz (...) se ven aumentadas (maternidades amigables) o disminuidas (maternidades expulsoras) por todo el personal que le proporcione o no cuidados, así como por el entorno en donde se produce el parto y el nacimiento” (Guía 3, p. 84). Esta premisa es fundamental para entender la justificación de la necesidad de humanizar la atención, de proporcionar cierta división interna de trabajo, en la que las obstétricas se encarguen de la atención integral del

parto normal, y que los médicos se encarguen de la patología obstétrica.

A continuación, analizaremos cómo se materializan estas recomendaciones que establecen las guías, y qué elementos favorecen u obstaculizan la implementación de dicha política en el contexto local.

Características de la implementación de la política de humanización del parto en La Plata

La información estadística a la que tuvimos acceso consigna que en el partido de La Plata se produjeron en 2013 alrededor de 10.600 nacimientos en hospitales públicos (Cuadro N° 3) y en 2014, poco de menos de 7.800 (Cuadro N°4).⁷

Cuadro N° 3

Total de partos y cesáreas en establecimientos de salud en el partido de La Plata, provincia de Buenos Aires, 2013.

| | Partos | Cesáreas | Índice cesáreas | Total |
|--|--------------|--------------|-----------------|---------------|
| Htal. Zonal Gral. de Ag. San Roque | 2.055 | 515 | 20% | 2.570 |
| Htal. Interz. Gral. de Ag. y Cron. Dr. A. Korn | 1.696 | 384 | 18,4% | 2.080 |
| Htal. Zonal Gral. de Ag. Dr. R. Gutiérrez | 1.258 | 313 | 19,9% | 1.571 |
| Htal. Interz. Gral. de Ag. Gral. San Martin | 3.253 | 1.100 | 25,2% | 4.353 |
| La Plata | 8.262 | 2.312 | 21,8% | 10.574 |

Elaboración propia en base a datos SIP, PBA, 2013

Cuadro N° 4:

Total de partos y cesáreas en establecimientos de salud públicos del partido de La Plata, provincia de Buenos Aires, 2014.

| | Partos | Cesáreas | Índice cesáreas | Total |
|--|--------------|--------------|-----------------|--------------|
| Htal. Zonal Gral. de Ag. San Roque | 1.229 | 369 | 23,5% | 1.598 |
| Htal. Interz. Gral. de Ag. y Cron. Dr. A. Korn | 1.447 | 384 | 20,9% | 1.831 |
| Htal. Zonal Gral. de Ag. Dr. R. Gutiérrez | 728 | 222 | 23,3% | 950 |
| Htal. Interz. Gral. de Ag. Gral. San Martin | 2.224 | 1.182 | 34,7% | 3.406 |
| La Plata | 5.628 | 2.157 | 27,7% | 7.785 |

Elaboración propia en base a datos SIP, PBA, 2014

⁷ Si bien las entrevistas y el análisis documental se realizaron en 2015, la información estadística disponible llega hasta 2014.

Para analizar la implementación de la política de humanización de la atención de partos –y los lineamientos propuestos en las guías reseñadas– en hospitales públicos del partido, realizamos, durante octubre de 2015, entrevistas a funcionarias de la Dirección de Maternidad e Infancia (DMI) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y a las jefas de los servicios de tocoginecología de tres de las cuatro maternidades públicas.⁸ Consideramos que su doble condición, como profesionales de la salud con cargos jerárquicos –en unos casos en el gobierno y en otros en la estructura hospitalaria–, le asigna sentidos particulares a la perspectiva desde la que analizan la implementación de la política de humanización.

Organizamos la información obtenida de las entrevistas reconstruyendo inicialmente algunas reflexiones generales realizadas por las funcionarias ministeriales, para luego desarrollar el análisis de la implementación de la política de humanización desde la perspectiva de las profesionales de la salud de las maternidades en torno a los tópicos siguientes: los significados de la humanización, las modificaciones de las prácticas –en relación a los derechos consagrados– y las condiciones estructurales que influyen en la implementación.

En términos de la propuesta ministerial, la política de humanización de la atención médica del parto tiene como horizonte lograr partos “con calidad y calidez”.

Lo que ahora tenemos que lograr es el mejor parto para cada mujer, y entonces sí: la posición que ella quiera, estar acompañada, un cambio de paradigma del momento del parto y que esté acompañada, que pueda moverse y eso también estamos, las obstétricas, con el banquito, están como abriendo el juego y capacitando también a los equipos (...). Para nosotros el camino es mejorar los partos, bajar las cesáreas, no al parto domiciliario y seguir avanzando en trabajar, en buscar alternativas, en fomentar el trabajo con las obstétricas, en mejorar el rol de la enfermería, en poner a los médicos más en la patología, que somos formados más para la patología, y que haya otros que puedan acompañar mejor los par-

⁸ Se trata de una maternidad de bajo riesgo que recuenta menos de 1.500 partos anuales, y dos maternidades de alto y bajo riesgo, de las cuales una, por asistir aproximadamente 4.000 nacimientos anuales, es considerada una “megamaternidad”.

tos, que por ahí están más formados para acompañar los partos normales (Entrevista 1, funcionaria de la DMI).

Dicha informante sugiere que hay que considerar tres niveles para esta implementación: en primer lugar, un nivel macro, referido a “la política”, haciendo mención al modelo MSCF, que incluye acuerdos internos del Ministerio –con el propio Ministro, con la Dirección de Hospitales–, con organismos internacionales –UNICEF, OMS, OPS–, con otras provincias y otros tipos de acuerdos político-institucionales. Por otro lado, un nivel meso, referido a las articulaciones con las direcciones de cada hospital provincial y con los jefes de Servicios de Tocoginecología de cada uno de ellos. Finalmente, un nivel micro referido al trabajo con los equipos de salud (obstétricas, médicos, enfermeros) y las comunidades. Sobre los tres niveles, la funcionaria sostuvo que se había trabajado fuertemente en el primero y que se estaban dedicando a generar cambios en el ámbito hospitalario, buscando articular con los directores de hospitales y los jefes de servicio, y que era ahí donde se encontraban grandes resistencias y dificultades.

Sobre esto último, las dos funcionarias de la DMI entrevistadas reflexionaron sobre las dificultades para el cambio institucional e individual en medicina, señalando el “miedo al cambio” de profesionales “aferrados a sus prácticas”, que ahora resultaban desacreditadas –por las guías y la evidencia científica en la que se basaban–, lo que producía desarticulaciones y resistencias corporativas. Ambas coincidían en representar a los planteles obstétricos de los hospitales como comandados por profesionales viejos, “anquilosados”, y en posicionar a las obstétricas/parteras como las promotoras reales de los cambios. Asimismo, las funcionarias describían la situación de los médicos como amenazados, solos, con miedo a los juicios de mala praxis y a las exposiciones públicas. Una de las funcionarias entendía que la atención médica de los partos se asentaba en un “mecanismo de desconexión” del profesional del evento del nacimiento y los “paquetes emocionales” de los pacientes en él. Desconexión, rutinización de prácticas y desconocimiento de las necesidades de las mujeres que van a parir, irían de la mano. Consideramos que tal caracterización de los profesionales reduce a una actitud o decisión individual y volitiva, cuestiones que también se vinculan a constricciones estructurales, condiciones de trabajo, culturas hospitalarias y otros aspectos que analizaremos más adelante.

Asimismo, las entrevistadas reflexionaron sobre dos dimensiones centrales para enfrentar el cambio e implementar la política de humanización de la atención médica de partos en hospitales provinciales. En primer lugar, se refirieron a la dimensión emocional que venimos mencionando, sosteniendo que al igual que las mujeres que van a parir, los médicos necesitan un fuerte y continuo acompañamiento durante la transición y el aprendizaje del nuevo paradigma de humanización. Sostenemos que es necesario pensar esto en términos de la socialización profesional médica, de esquemas aprehendidos, en torno a los *habitus* médicos (Castro, 2009) y no en términos puramente emocionales, que se vuelven reduccionistas. En segundo lugar, las entrevistadas pusieron énfasis en *el problema de la falta de autoridad* –“que no es lo mismo que autoritarismo”–, como una inquietud relevante, reflexionando sobre los diversos niveles de ejercicio de la autoridad, esto es: autoridad profesional del médico sobre el paciente, autoridad política del Ministerio sobre los efectores de salud.

Habiendo planteado las principales cuestiones referidas por las funcionarias ministeriales sobre la humanización del parto, nos detendremos en conocer cómo se lleva a cabo en la práctica, considerando las referencias brindadas por las jefas del servicio de tocoginecología de las maternidades. Sus reflexiones se organizan alrededor de los significados de la humanización, las modificaciones de las prácticas, las condiciones estructurales que influyen en la implementación y aspectos relevantes en la atención médica de partos.

1) Significados de la humanización

En primer lugar, indagamos qué sentidos asignan las jefas del Servicio de Tocoginecología a la humanización de la atención médica de partos. En líneas generales las respuestas giraron alrededor de tres cuestiones: la idea de que las nuevas prácticas y derechos explicitados no son nuevas, y la posición crítica al sentirse considerados como médicos “inhumanos”, las perspectivas y acciones respecto a las prácticas aconsejadas y desaconsejadas y a la división del trabajo profesional entre parteras y médicos.

En primer lugar, entonces, hablar de humanización interpela a las jefas del servicio –quienes entienden como pares idénticos el parto humanizado y el modelo MSCF– que responden con una actitud cuestionadora y defensiva: pensar que hay que humanizar algo que está deshumanizado les resulta

ofensivo. De todos modos, en el desarrollo de su argumentación, vinculan la humanización con aspectos tales como la formación del equipo de salud, las condiciones de trabajo, el financiamiento y la infraestructura.

Primero que filosóficamente no creemos que esté deshumanizado. A ver, es un concepto ideológico. O sea, la humanización del parto como si ya fuera deshumanizado, como si fuera con un látigo, como si fuera en un chiquero, como si fuera con una mujer atada con grilletes a la camilla y no es así. No lo vemos así nosotros. Entendemos que sí, que la participación de la familia está bueno, que se le permita caminar y que no se la ate a una vía de suero, está todo perfecto. Pero para eso hay que dar otras condiciones. Como dijo acá muy bien el doctor los cambios se hacen cuando se construyen desde los cimientos. Y nosotros tenemos que cambiar la formación, tenemos que cambiar un montón de cosas pero el ministerio tiene que cambiar también la infraestructura y adecuar los lugares para que eso se pueda hacer. Cambiando el techo no se logra todo, se cambia el techo (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología). Mirá, el tema de la humanización del parto, yo no sé cómo será en otros hospitales, yo te cuento mi historia. Yo me formé hace treinta y pico de años en el hospital Gonnet, de todas maneras capaz que antes se utilizaba más el intervencionismo médico, porque era más de poner suero, en general, pero siempre con una indicación. O sea, si la paciente tenía dinámica espontánea, uno le respetaba esa dinámica. Si la paciente tenía. Nunca fue tan estricto y nunca fuimos inhumanos, por eso esto de la humanización me suena muy como que fuéramos inhumanos (...) eso de humanización yo no lo entiendo o el término está mal usado, capaz, yo lo pondría más como volver un poco más a la fisiología (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

En segundo lugar, y con relación a las prácticas aconsejadas y desaconsejadas, sostienen que esas son las normas que utilizan comúnmente, y que se garantizan.

El parto humanizado de no poner oxitocina, de no poner, de no romper la bolsa, sí, nosotros somos conscientes de esa propuesta. Ahora bien, cuando vos tenés siete u ocho trabajos de parto a la vez, y cuatro personas

o tres personas para atender todo lo que te dije, ¿podés tomarte el tiempo de darle a ese trabajo de parto ocho, nueve, diez horas, las que requiera y no colaborar en que algunas etapas se organicen y se aceleren para que vos puedas terminar con este parto y seguir dedicándote al otro? Porque está muy bueno lo de que no se rompa la bolsa, que no se use oxitocina, está perfecta la teoría, están mostrados los beneficios. Eso es cuando una paciente en trabajo de parto está acompañada por un profesional, que le vigila los latidos, que la contiene, que la ayuda, que la vigila y que va evaluándolo. Si vos tenés una persona para atender a cuatro, esa persona a la fuerza se tuvo que organizar para vigilar intensamente un trabajo de parto, terminarlo y agarrar otro, terminarlo y así (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Me da la impresión que esta cosa de la humanización tiene que ver, capaz, con no ponerles suero a todas las pacientes, que acá nunca ocurre. Porque realmente acá si la paciente es una paciente que dilata espontáneamente, se la deja que dilate. Se corrige como son todas las normas, incluso las de la MSCF, si vos la leés y dice que la paciente tiene una hipodinamia, hay que corregirla. No es que el cien por cien tiene que tener por abajo aunque tarde tres días, porque hay cosas que vos sí o sí tenés que corregir, no podés dejar a una mujer que esté en trabajo de parto con contracciones tres días porque se le termina rompiendo el útero si realmente tiene dinámica de trabajo de parto. Nosotros respetamos eso (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Por último los sentidos asignados a la humanización se vinculan al trato y a la relación médico-paciente, y al rol particular de la partera como la punta de lanza del cambio hacia la humanización.

Acá tenemos por suerte muchas obstétricas y las obstétricas tienen un manejo con el paciente diferente al médico. Nosotros estamos como mucho más estructurados, estamos con la medicina metida y con los pro, los contra, las enfermedades, las patologías, cómo se resuelven, qué se hace, qué no se hace, somos mucho más pragmáticos (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

La fisiología del parto y el nacimiento, aparece como un significativo cla-

ve, vinculado a la *naturalidad* de dichos eventos, opuesto al intervencionismo. En este sentido, la humanización como *vuelta* a la fisiología se vincula a esta idea de respetar la dinámica del trabajo de parto y del parto (los tiempos biológicos que menciona la ley 25.929) y no intervenir médicamente más que para *corregir* posibles desviaciones o patologías. Asimismo, es relevante la crítica a la política de humanización como vanguardia. En esta dirección, dado que hay una clara referencia a las prácticas aconsejadas y desaconsejadas, analizamos cómo se dan algunas de ellas, en vinculación a los derechos que implican para las mujeres y sus familias.

2) Prácticas médicas y derechos de mujeres

a) Acompañamiento

El acompañamiento de la persona que elija la mujer durante el proceso de parto es uno de los *indicadores* de la implementación real de la política de humanización. Es importante el hecho de que en las maternidades públicas de la ciudad de La Plata este derecho no está garantizado en el caso de los varones. En general, el acompañamiento se encuentra feminizado, reproduciendo el lugar de las mujeres de la familia o allegadas de la embarazada como encargadas del cuidado, legitimando roles y estereotipos de género.

Siempre mujeres eh, yo trato que las acompañantes sean femeninas por una cuestión de delicadeza, de intimidad, las mujeres están con camisón, hay muchas que están con las piernas abiertas, dan de amamantar y no me gusta que haya varones porque hay de todo, tenés buenas personas y otras no (...) también permitimos que estén hermanas o madres o lo que fueren durante todo el trabajo de parto, que acompañen el puerperio (...). Siempre están acompañadas, en general por familiares. Así que bueno, eso se revirtió y eso también genera mejores respuestas también en los trabajos de parto y un montón de cosas” (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Contrariando un concepto de las guías, algunas maternidades restringen el acceso de los varones/padres debido a la falta de recursos que aseguran adecuadas condiciones de higiene en la sala de parto, por ejemplo, apelando a la falta de recursos hospitalarios:

Entonces yo no quiero que entren varones excepto si van al parto y tenemos la ropa adecuada para que entren, fantástico, generalmente no la tenemos, no tenemos ni ropa ni [o sea por ahí en general no pueden entrar los papás] Nosotros, eh, las parteras siempre les dicen que si pueden se compren el camisolín, el barbijo, el gorro y las botas que son descartables para poder ingresar, porque muchas veces ni nosotros tenemos (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

La carencia de recursos es real y generalizada en los hospitales provinciales de la ciudad, pero entendemos que en estos casos, en los que los partos no son quirúrgicos y por tanto no se requieren estas prendas especiales, puede estar actuando a modo de *excusa* para impedir el acompañamiento real, o al menos, como dispositivo desalentador para su participación. En tal sentido, también se suma como impedimento la apelación a las condiciones estructurales, siendo que varones en una sala donde se tactan y evalúan a mujeres, posiblemente desnudas, no son aceptados.

O sea yo acá tengo que meter a vos, a tu marido, a tu mamá, a tu papá, todo, porque una ley me dice. Yo hago un esfuerzo sobrehumano, ahora, ¿eso es humano para vos? Yo te pregunto, vos me lo contestás. Para mí no. Una sala común, dos millones de mujeres desnudas delante de tu marido, de mí, que soy médico, soy varón y está expuesta a mí, que nada, para mí es un trabajo, pero te imaginás para el resto de las personas no. ¿Eso es humanizado para vos? Entonces el concepto es qué es humanizado para cada uno, ¿sí? Yo creo que siempre hay que empezar por la base, nunca por el techo (...). Nosotros, la infraestructura hospitalaria tiene cien años con lo cual no podemos incorporar a toda la familia sin invadir la intimidad y la privacidad de la que está al lado. Son salas de internación conjunta (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Como testimonia la entrevistada, las restricciones de la infraestructura, donde las mujeres están internadas en salas conjuntas con otra decena de parturientas, también dificulta la garantía del derecho al acompañamiento.

Esa cita de entrevista, además, nos permite destacar esa visión casi inmediata que vincula el modelo de maternidad segura y *centrada en la familia* a una invasión de familiares en las salas de parto, parto y puerperio; lo que

implica en la opinión de los profesionales diversas dificultades, principalmente, en el desarrollo de la tarea médica y la dinámica hospitalaria.

La política es que entre todo el mundo pero, ¿sabes qué pasa? Todo el mundo, hay ciertas restricciones que hay que tener, sobre todo, mirá, por ejemplo, yo intento que de 7, yo vengo a las 7 y cuarto de la mañana, de 7 a 10 de la mañana no haya nadie. ¿Por qué? Porque hay que pasar sala, porque están los enfermeros que tienen que tomar la presión, que tienen que cambiar, que tienen que y cuando hay gente, molesta la gente, no permite el desenvolvimiento común de lo que es la actividad hospitalaria (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Le permitimos que entre el familiar siempre y cuando esto en una sala general no intercepte o no complique la atención de otra paciente o, más bien, no va a estar el familiar mirando cuando se tacta a otra paciente (...). O sea, respetando eso, la intimidad de la paciente (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Conviven, además, conceptualizaciones sobre los familiares como agentes potencialmente problemáticos que *invaden* la institución, y que demandan determinadas acciones a los profesionales, en una clara disputa de posiciones y saberes en la relación médico-paciente-familiar.

Si la paciente es una paciente tranquila, que lleva bien su trabajo de parto y tiene un acompañante sea su pareja, su mamá, su hermana, que la contiene, que yo recuerde, siempre se le permitió estar con esa persona, incluso te estoy hablando de treinta y pico de años atrás en el hospital Gonnet. Si la familia es una familia que en vez de contenerla la desborda y que te quiere manejar las indicaciones o te pide cesárea a los dos minutos, entonces la limitamos, porque el criterio médico si queremos justamente bajar el índice de cesáreas y hacer el parto más fisiológico posible no podemos, porque no le duela el trabajo de parto, entendés, hacer lo que dice la familia (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

La garantía de este derecho, entonces, adquiere una lógica condicional: si la situación se da, si tienen la ropa, si no invaden los derechos de otros y la

dinámica hospitalaria, si la paciente y los familiares son “tranquilos”, si las acompañantes son mujeres, porque son *más delicadas*, y, si la infraestructura lo permite, es posible el acompañamiento de quien la mujer elija.

b) Libre elección de la posición para parir

Lo que el tema de la posición en el parto muestra es cómo, en el proceso de su medicalización, se dio prioridad al médico gineco-obstetra en detrimento de la mujer, ya que –salvo la cuestión de las hemorragias, que pueden ser controladas en una institución asistencial debidamente equipada– la única justificación de la posición horizontal y a la francesa, es la comodidad del médico. Por eso, la discusión, que por momentos pareciera ir por canales científicos, muestra que lo que está por detrás es otra cosa: el poder, es decir, quién decide qué está bien, cómo se hace una práctica, cómo se pare, cómo se nace. Es a través de estas técnicas y prácticas, que se cristalizan relaciones de poder: el que interviene, ve, palpa, decide, corta y la que tiene que obedecer, no tiene dominio de su propio cuerpo y debe ‘dejar hacer’ (Pozzio, 2013, pp.7 y 8).

La garantía de este derecho se encuentra, en las tres maternidades analizadas, limitada por la infraestructura. Esto es, existe una vinculación entre la elección de la posición con la disponibilidad de equipamiento que permita dicha postura, sin considerar la posibilidad del parto vertical o en cuclillas en las camillas existentes. La posición del parto se encuentra atada al mobiliario del que disponen en la sala de partos, por lo que la carencia de sillones de parto de última generación impide el acceso a este derecho y la innovación en la práctica: “que la mujer adopte la posición que se pueda si la infraestructura está preparada” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

De todos modos, en dos de las tres maternidades las entrevistadas mencionaron la necesidad del cambio en la posición para parir, mientras que en la megamaternidad justifican la posición de litotomía (acostadas con cierta inclinación) ya que “el útero tiene la fuerza para empujar un auto” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología), relegando importancia de la fuerza de gravedad. Esta concepción del útero no tiene en cuenta los derechos y necesidades de las mujeres, como busca concertar la política de humanización.

No tenemos otro método, tenemos el sillón de parto, la camilla de parto y usamos una posición que también resulta, no sé si tan cómoda para la madre, pero sí anatómicamente favorable para el parto. Es la mamá acostada con las piernas flexionadas en las pierneras, que si vos [representa con una hoja de papel], que está acostada con las patas así, vos la ponés en el piso y está en cuclillas. La posición del arco anterior de la pelvis cambia lo mismo que si estuviera en cuclillas. No es tan fácil pujar pero si en una maternidad de alto riesgo se hacen 2.500 partos por año en esta posición y si los tienen los pibes, no será que... (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

A través de esta cita podemos vislumbrar la centralidad de la eficacia en la lógica hospitalaria, que recuerda la idea de la tecnocratización del nacimiento (Davis-Floyd, 1994), que explica “cómo el parto-nacimiento bajo el paradigma médico es el resultado de una cadena ‘fabril’ compuesta por procedimientos que deben respetarse estrictamente para lograr una ‘calidad’ de parto esperada” (Merino y Fornes, 2008).

c) Prácticas desaconsejadas y cesáreas

Un indicador clave sobre el acceso al derecho al parto natural⁹ es el índice de cesáreas que consignan las maternidades, que debe vincularse al score de riesgo de los partos que atienden. Por ello, la megamaternidad que atiende partos de bajo y alto riesgo tiene un índice de 33%, la segunda que también tiene el tipo de riesgo mixto reporta entre 25 y 29% de cesáreas y la maternidad de bajo riesgo alcanza 22%. Las recomendaciones de la OMS estipulan que los índices no deben superar el 10-15%, y en los últimos años alertó sobre un exceso de cesáreas en todo el mundo, siendo que en América Latina superan el 35% de los nacimientos. En comparación con estos datos, las tasas que existen en las maternidades de La Plata son bajas, y más aún en comparación con los hospitales privados donde se alcanzan índices cercanos al 70%.¹⁰

⁹ Existen muchas discusiones sobre la noción de parto “natural” en tanto categoría conflictiva, discutida y re-pensada en el marco de la antropología y sociología médica. Para abordar tales discusiones puede ser interesante revisar Arnau Sánchez et al. (2012).

¹⁰ Ver la nota periodística disponible en <http://tiempo.infonews.com/nota/149809/la-oms-alerto-por-el-crecimiento-de-las-cesareas-en-el-mundo> que referencia un informe de la OMS de 2015.

Nosotros a las primerizas estamos en un índice bajo, la primer cesárea estamos en un índice bajo; al segundo bebé recontra bajo, casi ninguna mamá que tuvo un parto vuelve a tener el segundo en el hospital y se le hace cesárea. Se le hace muchas cesáreas a la mamá que tiene bebé prematuro. Entonces si vos analizás fríamente el dato, se le hace cesárea a quien hay que hacérsela, a quien está recomendado hacérsela. Y al otro grupo de pacientes estamos en un índice, alguno más bajo que la media. Estamos en niveles más bajos que hospitales que están propagandeados como que bajaron el índice de cesáreas (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Respecto a las cesáreas, es interesante una reflexión de una de las jefas del servicio de tocoginecología en torno al “parto transmitido” como evento doloroso, lo que ha llevado a que cada vez más mujeres demanden la realización de una cesárea.

Sobre el resto de prácticas desaconsejadas, las tres jefas de servicio reflejan a la episiotomía como una práctica que entienden que no debe utilizarse de rutina, aunque sus índices no lo demuestren así: la megamaternidad reporta un 90% de episiotomía a primerizas, según su jefa de tocoginecología.

La episiotomía no se hace, se intenta no hacer más, pero qué pasa, también hay muchos más desgarros. Porque el periné antes, lo de la episiotomía sirvió porque se intentó respetar lo de no ser tan agresivos con el tema del corte a todas y prácticamente no se hace, pero también hay muchos más desgarros porque uno tiene que controlar mucho más el periné y a veces no es tan fácil controlar y que salga el chico, entonces hay más desgarros que antes (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Finalmente, hay un reconocimiento de prácticas desaconsejadas (“estamos intentando que bajen”, Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología) pero se resiste a caracterizarlas de rutinarias, ya que se encuentra una justificación médica para su aplicación.

Es que nunca se hacen prácticas rutinarias. Eso yo creo que quedó en la historia, no sé por qué se sigue, no sé si habrá hospitales... O sea, vos en una nulíparas, que es una primeriza, hasta incluso en esas si se puede,

nosotros tratamos de esperar. En general, la práctica demuestra que si la dejás se te desgarrar, y se te va a desgarrar hacia abajo, hacia el recto. Entonces entre un desgarro que te involucra el recto y un tajito que vos lo dirigís, es preferible, capaz, hacerle eso a una primeriza, y no a todas. A veces hay algunas que no se les hace. No es que de rutina se sigue trabajando (...) siempre es en pos de la paciente, nada es de rutina. Porque cada paciente es especial y cada trabajo de parto es diferente, ¿entendes? No se les hace, a todas no se les pone suero, no se les hace episio, no, no, no, se trata de hacer lo más natural que se pueda, e individualizado porque cada paciente es especial y es diferente y cada mujer en cada trabajo de parto es diferente (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Las intervenciones desaconsejadas, por tanto, siguen asumiendo el carácter de necesarias, en tanto tienden a “corregir” o “ayudar” los procesos de parto.

...o a lo sumo lo podemos ayudar con una intervención con un fórceps o con un vacum para acortarles el expulsivo. Pero en ese caso no es no-humanizado el parto porque hay casos donde hay que intervenir, y eso está marcado hasta en las guías de la maternidad, viste, de la familia (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

La revisión de las prácticas médicas rutinizadas en la atención obstétrica de partos es precisa, necesaria y requiere acompañamiento, capacitación y formación constantes. Desaprender lo aprendido y relativizar lo sabido para dar lugar a la emergencia de nuevas formas de trabajar y de asistir partos es un proceso multifactorial que aún no se ha iniciado completamente.

d) Vínculo madre-recién nacido

Con relación a lo anterior, una de las prácticas aconsejadas desde las guías es la del clampeo tardío del cordón, esto es, la espera de aproximadamente un minuto desde el parto hasta el corte del cordón, dado que se entiende que es el tiempo necesario para que el recién nacido reciba “cargas” importantes de sangre, hierro y nutrientes. En dos de las tres maternidades se realiza este procedimiento.

En cuanto nace el bebé se le apoya en la panza de la mamá, no está todavía cortado el cordón que ya se le apoya a la mamá, ¿entendés? Para

que enseguida tenga lazo con su mamá, escucha el corazón de la madre, después lo llevan, lo revisan y vuelve a su mamá (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Respecto a la no separación madre-recién nacido, lo que en las guías aparece como “contacto piel a piel” (COPAP) no obtuvimos referencias, aunque es posible advertir, en la cita, que la separación existe aunque luego el recién nacido vuelve con su madre, pero no sabemos cuánto tiempo transcurre entre cada acción.

3) Las condiciones estructurales de la maternidad

Como se viene señalando, las jefas de los servicios de tocoginecología consideran que las condiciones estructurales en las que llevan a cabo su práctica profesional influyen de diversos modos sobre la implementación de la atención humanizada del parto. Al hablar de condiciones estructurales se piensa en la infraestructura hospitalaria y en los recursos humanos con los que cuenta y a las diversas situaciones que condicionan su práctica.

Una de estas condiciones se relaciona a la violencia: se los acusa de ejercer la violencia en su práctica profesional y al mismo tiempo se sienten víctimas de violencia tanto de los usuarios y familiares como desde el sistema de salud. Así, hacen referencia a la violencia de la que son víctimas los profesionales médicos, vinculándola a la “deshumanización que hay de la sociedad hacia el equipo de salud” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología). Aluden a la violencia social que sufren diariamente en su contexto laboral, y se refieren a la violencia obstétrica de la que son acusados por algunos sectores sociales, lo que vislumbra que el tema de la violencia penetra desde varias aristas su labor profesional.

La falta de educación de la población, la falta de respeto por las instituciones que toda la gente tiene hoy, no se respeta el guardapolvo del maestro, el guardapolvo del médico, el uniforme de la policía, ninguna institución tiene el respeto de la sociedad entendido como que todos son libres de avasallar a cualquiera. Y los servidores públicos, de los que nosotros somos partes, somos ya sirvientes públicos o esclavos públicos. Se me saltó la chaveta (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Entonces vos decís, sí hay violencia de, a veces, de lo que es el personal de salud hacia los pacientes, pero es mucho más al revés que del personal de salud hacia los pacientes (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

En segundo lugar, las condiciones de trabajo aparecen como una variable estructural que dificulta la implementación de la política de humanización, en particular en referencia a la falta de personal y de nombramientos de cargos. Otra vez aparece la “deshumanización”, en este caso del trabajo obstétrico, como *complemento* a la búsqueda de humanización de la atención.

Es multifactorial la cuestión, la humanización es de todos, del paciente y del equipo de salud. Si van a humanizar la atención del parto, tienen que humanizar también el rol del equipo de salud. ¿Qué es humano para nosotros? Planteles que no están completos, falta de recursos humanos, físicos y de insumos, por más que se hacen esfuerzos denodados por mantener la calidad de atención de parte de la dirección, que quede claro, de parte de las instancias que nos competen, de parte del servicio: optimización de recursos, atar con alambre, arreglar como se pueda pero que la cosa siga caminando y no estancarse, no decir ‘yo no hago más nada porque en estas condiciones no se puede’. Seguimos con la premisa de que hay una respuesta a las madres, hay que dar una respuesta a las madres, hay que dar una respuesta a las madres. Eso es nuestro caballito de batalla todos los días. Ahora bien, no es fácil tampoco para nosotros venir al lugar al que uno viene por vocación a recibir cachetazos. Hay demanda de la gente, hay demanda de resultados (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Condiciones de trabajo negativas, precarias, mala remuneración y una constante vulnerabilidad al estrés laboral propio de la actividad, obstaculizan y desalientan los cambios actitudinales, la necesaria capacitación y formación en el nuevo paradigma y la revisión de las prácticas rutinizadas en el hacer obstétrico.

En tercer lugar, y adquiriendo importancia en las entrevistas realizadas, se mencionan los déficits infraestructurales que impiden que se garanticen derechos y se cambien y adecuen las prácticas médicas. La infraestructura

aparece como un gran determinante de la atención médica de partos y como un obstaculizador de su humanización –o de la modificación de ciertas prácticas que se considera que humanizan el acto médico–, y llega a sostenerse que dicha infraestructura deficiente es ejemplo de la “violencia institucional” que se ejerce desde el hospital hacia los pacientes, visible en cosas cotidianas, como la falta de sábanas en la sala de parto. “Nosotros tenemos una infraestructura deshumanizada para nosotros, así que te imaginarás para el paciente” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología) o “la situación cambiará cuando cambiemos de edificio” (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología) son algunas de las citas textuales que refieren que la humanización de la atención debe vincularse principalmente a los cambios estructurales y no tanto a la modificación de la tarea profesional. Esto marca un contrapunto con la visión de las funcionarias ministeriales que sostienen que las dificultades para implementar el cambio hacia el paradigma de la humanización se basa en una resistencia profesional y hasta generacional.

Con relación a esto, y en cuarto lugar, emergió con énfasis en las entrevistas la referencia a *el* ejemplo real de la implementación del MSCF, esto es, el caso de la maternidad Estela de Carlotto de Moreno. Se lo toma como un “ejemplo bueno pero imposible de replicar” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología) y se argumenta que su “propagandeada” como maternidad respetuosa no tiene en cuenta que los inmejorables índices de cesáreas y la adopción de prácticas obstétricas alineadas al enfoque de la humanización se pueden realizar por el sesgo de la población que atienden.

Tiene una población muy selectiva, no atienden primerizas, no atienden prematuros, no atienden pacientes con cesáreas anteriores, ni pacientes con embarazos pasados de fecha. (...). Entonces en esa maternidad hay un grupo de pacientes muy selectas en donde ellos tienen un 10 a 11% de cesáreas y nosotros tenemos menos en ese grupo de pacientes. ¿Está claro? Si vos elegís una población que no va a ir a cesárea, tener un 10% de cesárea no es el mérito. ¿Está claro? ¿Qué estás haciendo de maravilloso? Si el número de cesáreas en esa franja es de ese número o menos (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

En este caso, el de la maternidad de Moreno, es visible cómo en buena medida, la implementación de la humanización de la atención del parto es

posible por la estructura edilicia, el equipamiento disponible, los recursos –económicos, humanos, simbólicos–, la “selección” de mujeres gestantes a atender y la formación específica de los profesionales para la aplicación de ese modelo.

4) Otros aspectos relevantes en la atención médica de partos

Finalmente, decidimos retomar otros aspectos que las jefas del servicio vinculan a la atención médica de partos, porque contribuyen a comprender su concepción sobre su propio trabajo y dar cuenta de otros elementos que influyen en la implementación de la política de humanización.

Así, es contundente cómo en todas las entrevistas se repite la imagen del parto como un evento de emergencia, patológico, una bomba de tiempo que se desarrolla *bien* o con *normalidad* y se puede complicar de un instante al otro, lo cual contribuye a aquella referencia que hicimos en la primera parte sobre que *todo parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario*. Esto tiene dos implicancias en el trabajo profesional: en primer lugar, la particularidad de la obstetricia como especialidad médica en constante alerta.

Una especialidad que tiene sus particularidades: no tiene horario, no tiene aviso de la urgencia, las cosas pueden presentarse súbitamente sin aviso previo, algo que venia muy bien puede terminar muy mal; una paciente normal, sin ningún tipo de agresión por parte del equipo de salud puede terminar en una hemorragia porque el equipo no se contrae o porque la placenta no se desprende; un feto que venia bien puede tener los latidos y requerir una cesárea de urgencia. Digamos, el quehacer nuestro de cada día tiene ese *timing*, [un alerta constante], constantemente. La gente reclama siempre un buen resultado de eso y no entiende que algún resultado adverso en obstetricia no es porque se hayan hecho las cosas mal, sino porque es inherente a la especialidad. Entonces, este grado de estrés y de compromiso con el trabajo y el reclamo global al especialista hace que no elijan esta especialidad como base de su formación futura (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

En segundo lugar, señalan la división de tareas entre parteras y médicos/as obstetras, que vincula a las primeras a la atención del parto fisiológico y normal, y a los segundos al trabajo sobre la patología.

Pero pasa en general que las obstétricas van [a la sala de partos] y los médicos van porque, bueno, la obstétrica tiene sus limitaciones. Ellas pueden atender los partos normales, pero nunca uno sabe cuándo el parto deja de ser normal para ser patológico. Entonces ahí tiene que estar el médico para actuar en ese momento, para una cesárea, para un fórceps, para lo que fuera (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Y con relación a esto, se hace referencia a que existe una responsabilidad diferente entre el médico obstetra y las parteras, en tanto los primeros deben responder por partida doble, esto es, por la salud de la mamá y del bebé (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología), mientras que las segundas aparecen como auxiliares en la atención. La política de humanización supone una división del trabajo ideal entre parteras y médicos, en relación a la valoración del riesgo del embarazo/parto a atender, y entendemos que este modelo desconoce pujas corporativas históricas del trabajo en las salas de parto: el monopolio de la atención de médicos obstetras de la mayoría de los partos.

En simultáneo, resultó llamativo que dos de las jefas de servicio refirieran al imaginario popular (sic) “de que cualquiera puede atender un parto” (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología) o de que todos los partos salen bien (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología), como un elemento de distinción de su práctica médica y de conocimiento autoritativo (Sadler, 2004).

¿Pero la cultura popular qué dice? Que vos entrás sonriente a que te saquen a tu bebe de la panza o que puedas parirlo y todos nos vamos sonrientes a casa. Y a veces no siempre es así y todos hicieron lo técnicamente bien, científicamente avalado y la vida no hizo que el resultado sea... la naturaleza se torció. (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Por último, en ocasiones permea a las concepciones de las jefas de servicio una representación de las mujeres pacientes como *irresponsables*, en relación a que suelen llegar con menos de los controles prenatales esperados/obligatorios (cinco en caso de los embarazos de bajo riesgo). Irresponsabilidad y falta de compromiso con el cuidado de su salud y la de su hijo que se explica solo por una falta de voluntad, esto es, no se controlan durante el

embarazo “no porque no tengan acceso al control sino porque no quieren, porque no quieren, porque no les importa” (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología). Este elemento es importante, ya que la política de humanización de la atención médica de partos también abarca el embarazo y los controles prenatales, y propone una red de cuidados, cursos y consultas en el primer nivel de atención, para garantizar su acceso.

A lo largo de este apartado hemos visto distintos testimonios de la brecha entre los postulados de las guías y la realidad de la asistencia de partos en maternidades públicas de la ciudad de La Plata. El contrapunto es evidente y emerge en diversas aristas alrededor de las prácticas, las percepciones y valoraciones de los profesionales y los funcionarios. El trabajo hacia el cambio de paradigma en la asistencia de partos requiere atender a negociaciones, disputas, sentidos heterogéneos y aprendizajes consolidados en varios sectores del sistema hospitalario.

Comentarios finales

Nos propusimos describir los lineamientos de la política de humanización de la atención médica de partos a través de una lectura crítica de tres guías ministeriales y analizar el proceso de implementación en maternidades públicas de la ciudad de La Plata a partir de entrevistas a funcionarios ministeriales y jefas de servicios de tocoginecología. Nos centramos en ver cómo esta política se asienta sobre dos ejes fundamentales: los derechos de mujeres y familias respecto al proceso de parto, y la revisión de las prácticas médicas.

Recapitulando, consideramos que los lineamientos de las guías analizadas permiten sugerir que si bien se propone incorporar y consolidar el horizonte humanizador, garantizando derechos sexuales, reproductivos y de acceso a la salud, y señalando cambios en las intervenciones y en ciertas aristas de la relación médico-paciente, pasa por alto disputas y constricciones estructurales que emergieron como insoslayables en las reflexiones de las jefas de servicio y de los trabajadores de la salud.

En términos del análisis del proceso de implementación, los contrapuntos entre las visiones de las funcionarias ministeriales y las jefas de los servicios de tocoginecología son destacables al mismo nivel que la brecha que se evidencia entre la letra de las guías y las interpretaciones y análisis de la práctica concreta hospitalaria.

De las entrevistas con las funcionarias destacamos la caracterización y percepción estereotipada de la planta profesional de los servicios obstétricos de los hospitales, que limitan el análisis de la implementación a actitudes, voluntades y limitaciones generacionales sin considerar algunos elementos que sobresalen en la perspectiva de las jefas hospitalarias.

De las entrevistas con las jefas de los servicios de tocoginecología, se destacaron varios elementos que articulamos en torno a cuatro ejes: 1) los significados de la humanización, 2) la revisión de las prácticas médicas en relación a los derechos de las mujeres, 3) las condiciones estructurales que afectan la implementación, y 4) otros aspectos que consideran relevantes en la atención médica de partos. Así, llama la atención que en torno a la humanización y al modelo MSCF haya una interpretación lineal o literal que los vincula al trato cariñoso y a la idea de “toda la familia adentro”. De igual modo, existen perspectivas que profundizan y hacen referencia al reconocimiento de derechos y cuestionamientos al intervencionismo médico en el parto. Asimismo, es relevante la posición defensiva o crítica con la que las jefas de servicio recogen esta política, en términos de no sentirse interpeladas por no considerar que su práctica sea “deshumanizada” y no encontrar novedad en prácticas que consideran que “ya existían”.

En la indagación sobre los derechos (que implican la revisión de las prácticas), es visible que su garantía es limitada, parcial o nula según de cuál se trate, y que se explica esta situación en relación a cuestiones estructurales heredadas, en condiciones de trabajo negativas y deficitarias, y en un status médico amenazado por la violencia social. Una de las entrevistadas refirió, a propósito de su inaplicabilidad, que esta política busca “meter un cuadrado en un redondo” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Porto et al. (2015) sostienen que hay cuatro factores fundamentales que implican dificultades para la implementación del modelo de humanización del parto: la cultura hospitalaria, la infraestructura sanitaria, las prácticas médicas sanitarias y la acción profesional. En este capítulo hemos advertido que en nuestro contexto se identifican estas dificultades que obstaculizan la aplicación de la política de humanización.¹¹

¹¹ “A proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes

Estamos de acuerdo con Pozzio (2013) en que las posiciones médicas son heterogéneas y que es importante considerar la tensión entre la voluntad de cambio y las condiciones estructurales hospitalarias y sanitarias que las impiden, pero que de igual modo estas no impiden la autocrítica y la revisión de ciertas prácticas y formas de las relaciones médico-paciente que pueden modificarse. Y que tal vez deba reforzarse el puente entre los dos ejes que aquí consideramos son los pilares de la humanización de la atención del parto, esto es: el acceso a los derechos a la salud, sexuales y reproductivos de mujeres y familias y la revisión de las prácticas médicas.¹²

Bibliografía

- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Vigueras, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., y Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área I de salud de la región de Murcia. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Davis-Floyd, R. (2004). El modelo tecnocrático en medicina. En R. Davis-Floyd, *Del médico al sanador* (pp. 23-60). Buenos Aires: Creavida.
- Fernández Sacasas, J. A. (2011). Controversias en torno a la medicina basada en evidencias. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(3), 339-347.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. *Actas del I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba . Recuperado de <https://www.aacademica.org/valeria.fornes/2.pdf>
- Gainza, P., Labastie, M., y Magnone Aleman, N. (2013). La atención

à proposta, da capacitação e sensibilidade dos profissionais, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde” (Porto et al., 2015, p. 17).

¹² Destacamos, a su vez, que tanto en las guías como en las entrevistas, no hay mención ni reconocimiento a los saberes previos, femeninos, populares. El único saber válido es el médico científico, es desde allí desde donde se propugnan los cambios y, al mismo tiempo, se justifica el *status quo*.

- contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. *ULÚA. Revista de Historia, Sociedad y Cultura*, 22, 175-196.
- Gómez de la Cámara, A. (2003). La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(1), 12-26.
- Gracia, D. (2009). Medicina basada en la evidencia: aspectos éticos. *Revista Bioética*, 8(1), 79-87.
- Jerez, C. (2015). Paradojas de la “Humanización” del parto: ¿Qué partos merecen ser “empoderados”? Trabajo presentado en las *XI Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://cdsa.aacademica.org/000-061/1121.pdf>
- Ortega Calvo, M. y Cayuela Domínguez, A. (2002). Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 76(2), 115-120.
- Porto, A., Costa, L., y Velloso, N. (2015). Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. *Ciência&tecnologia. Revista do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias da UNICRUZ*, 1(1), 12-19.
- Pozzio, M. (2013). *Una propuesta de “Parto Humanizado”, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo*. Trabajo presentado en las *VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalaria. En M. Sadler, M. Acuña, y A. Obach (Ed.). *Nacer, educar, sanar: miradas desde la Antropología del Género* (pp. 15-66). Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género: Santiago de Chile.
- Tornquist, C. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 19, (sup. 2), 419-427.

Guías

- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural:*

conceptualización e implementación del modelo. UNICEF, Maternidad Sardá y Fundación Neonatológica. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf>

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia.* Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

Argentina. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2012). *Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo.*

Voces en disputa. Abortos no punibles en Argentina: análisis de los argumentos sostenidos por referentes de los sistemas de salud y justicia

Hernán Caneva

Introducción

En Argentina y en América Latina en general, el aborto constituye una problemática que afecta la salud y la vida de las mujeres (CEDES, 2007; Susheela Singh y otros, 2009; OMS, 2012), interpelando y movilizándolo a personas y organizaciones de diverso tipo.

El debate por su despenalización y legalización –con décadas de derrotero– ha logrado instalarse en la agenda pública en los últimos años, debido a las condiciones del contexto sociocultural y político y a la acción del movimiento de mujeres. Se puede sostener que el mismo ha desbordado el plano de las discusiones político-partidarias, legislativas y del movimiento de mujeres, constituyéndose en tema de agenda de los medios de comunicación audiovisuales, la prensa gráfica y las redes sociales virtuales, con implicancias decisivas en la formación de opinión pública (Rocha, Rostagnol y Gutiérrez, 2008; Petracci, 2007).

Una de las discusiones centrales de este debate estriba en el tratamiento legal y médico de los abortos no punibles (ANP) o interrupción legal del embarazo (ILE) como actualmente se la denomina. Cabe señalar que los ANP son los abortos que, desde 1921, se encuentran contemplados en el artículo 86 del Código Penal de la Nación (Bergallo y Ramón Michel, 2009) el cual contempla las causales de violación, abuso y riesgo para la salud/vida de la mujer.

Diversos estudios y especialistas en la materia reconocen que el principal problema para la aplicación del derecho constitucional a los ANP tiene que ver con la disparidad de criterios, interpretaciones y argumentos que jueces y efectores de los sistemas de justicia y salud utilizan para sentar posicionamientos legales e institucionales sobre casos concretos en los que se solicita un ANP. Más específicamente, se reconoce la pregnancia de argumentos religiosos en las interpretaciones y prácticas de funcionarios y efectores de justicia y salud, lo cual se evidencia en diversas estrategias dilatorias y barreras judiciales e institucionales que obstaculizan el acceso a este derecho. En esta dirección, distintos organismos de Naciones Unidas como el CDHC, la CEDAW y el CRC vienen llamando la atención al Estado argentino sobre el problema de la brecha existente entre el plano normativo que regula los ANP y el operativo, vinculado al acceso. Del mismo modo lo vienen haciendo diversas organizaciones de la sociedad civil a través del monitoreo de políticas públicas, denunciando irregularidades en el cumplimiento de los protocolos vigentes que regulan el acceso a los ANP (Caneva, 2014).

Cabe destacar que en los últimos diez años se han producido algunos hitos normativos tendientes a disolver las barreras judiciales e institucionales que dificultan el acceso a los ANP a partir del establecimiento de protocolos de interpretación y de acción para los efectores de justicia y salud así como para las instituciones de salud, alineados al enfoque de los derechos sexuales y reproductivos y de los derechos humanos. La elaboración y difusión de guías técnicas por parte del Ministerio de Salud de la Nación y los fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación son ilustrativos de esta orientación, pero su incorporación en la práctica concreta todavía constituye un desafío y genera polémicas. Así lo ilustran diferentes casos de mujeres que solicitaron un ANP y que tomaron alcance público debido a que funcionarios y efectores de justicia y salud intentaron obstaculizarlo con argumentos morales, religiosos, de género y de orden natural. Si bien en estos casos los ANP finalmente se realizaron, resulta interesante analizar algunos de los argumentos y acciones sostenidas por estos funcionarios para reflexionar sobre las tensiones que plantean con relación al contexto normativo en el que se emplazaban.

Atentos a esto, en el presente capítulo nos proponemos reconstruir y analizar tres casos de público conocimiento sucedidos entre 2010 y 2013, en los cuales funcionarios y profesionales/autoridades de los sistemas de justicia y

salud sostuvieron argumentos y acciones que obstaculizaron la realización de ANP, y en los que la causa del embarazo no deseado fue una violación.

Como antesala para el análisis de estos tres casos, intentaremos contextualizarlos en el mapa normativo que regula los ANP en el período en que sucedieron.

Algunas coordenadas para comprender la regulación de los ANP

Como punto de partida, cabe considerar que en Argentina el aborto voluntario se encuentra legalmente restringido, con la excepción de los casos en los que el embarazo es producto de una violación, del abuso sobre una mujer con discapacidades físicas y/o intelectuales y del riesgo para la salud y/o vida de la misma. Al respecto, la primera y más importante referencia constitucional se encuentra establecida en el artículo 86 del Código Penal de la Nación, que desde 1921 determina que:

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

- 1) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
- 2) Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto. (CPN, Art. 86.1.2).

La interpretación jurídica de este artículo, en particular del segundo inciso, ha constituido y constituye motivo de polémicas y debates. Una lectura restrictiva sugiere que el aborto está permitido cuando se ha cometido una violación o un atentado al pudor de una mujer idiota o demente. Restrictiva, en tanto asume que la causal violación o abuso son aplicables únicamente a mujeres con discapacidades físicas y/o intelectuales. Una interpretación amplia sugiere, en cambio, que este inciso es aplicable a todas las mujeres que puedan ser víctimas de una violación o abuso, más allá de sus capacidades/discapacidades físicas y/o intelectuales. Esta dualidad en el criterio de interpretación (restrictivo vs. amplio) del Código Penal ha sido, a lo largo del siglo pasado, motivo de polémicas y disputas judiciales e institucionales, por-

que debido a una cuestión de redacción del inciso, se habilitan dos lecturas radicalmente distintas, cuyos efectos se reflejan en prácticas judiciales de habilitación o de prohibición, que en muchos casos, quedaron libradas a la arbitrariedad de los jueces.

En los últimos diez años, diversos movimientos sociales, junto con organismos internacionales de derechos humanos (Peñas Defago y Cárdenas, 2011), han llamado la atención al Estado argentino sobre la necesidad de regularizar el tratamiento de los abortos no punibles y de normalizar los protocolos de atención a efectos de que no existan disparidades a nivel nacional, provincial y municipal. En esta dirección, se puede ubicar la promoción de la actualización de la “Guía Técnica para la atención integral de los abortos no punibles”, lanzada por el Ministerio de Salud de la Nación en junio de 2010 y el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (conocido como Fallo F., A.L. S/Medida autosatisfactiva) de marzo de 2012. Ambas constituyen medidas que apuntaron a resolver los problemas de interpretación del artículo 86 del Código Penal, regularizando protocolos de atención y delimitación de los alcances de las intervenciones de efectores de la justicia y la salud en la atención de los ANP. Por otra parte, apuntan a proteger el derecho a la privacidad, la autodeterminación de las mujeres y a garantizar su acceso al derecho a la salud y la justicia, en el marco de un concepto universal de ciudadanía.

La *Guía Técnica* es una actualización y revisión del documento elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSS y PR) durante el año 2007. Reconociendo la vulneración del derecho constitucional de las mujeres a interrumpir el embarazo en circunstancias contempladas por la ley, y de los derechos humanos de igualdad, autodeterminación, privacidad y no discriminación, en este protocolo se asume que los Estados democráticos están obligados a garantizar el acceso a los derechos constitucionales y a los derechos humanos.

En esta línea, en la guía técnica se propone una interpretación amplia del artículo 86 del Código Penal, afirmando que es lícito realizar un aborto a partir de las causales “riesgo para la vida de una mujer”, “riesgo para la salud de una mujer”, “embarazo producto de violación” y “embarazo producto del atentado contra una mujer idiota o demente”. Como directriz para la interpretación de las causales anteriormente indicadas, se parte de la definición de salud de la OMS, que la entiende no solo como la ausencia de enfermedades,

sino como el completo bienestar físico y psíquico de las personas. En términos operativos y procedimentales, la guía técnica propone siete pautas básicas de intervención: definición de los casos de ANP según el artículo 86 del Código Penal, intervención médica, consentimiento informado, atención de adolescentes, objeción de conciencia, plazos y responsabilidad profesional. Las pautas están destinadas a demarcar obligaciones y responsabilidades de los hospitales, los médicos y los pacientes, a efectos de posibilitar el acceso y evitar dilaciones. Uno de los puntos más destacados de esta guía, señala que la denuncia o declaración jurada de la mujer o representante (en caso de ser menor de 14 años) es requisito suficiente para la realización de un ANP, respetando el consentimiento informado. Otra cuestión relevante tiene que ver con las objeciones de conciencia. En el protocolo se indica que ningún hospital puede presentarse como objetor, es decir, que si bien se respeta el derecho de los médicos a declararse en forma individual como objetores y a rehusarse a realizar un ANP, se fijan plazos institucionales y responsabilidades penales para quienes participen en el proceso y generen dilaciones que impidan el acceso de la mujer a ser intervenida.

Aunque la guía técnica representó un avance en términos normativos, el documento no dejaba de ser un protocolo de pautas de interpretación y acción sugeridas desde el Ministerio de Salud de la Nación, pero sin tener el carácter prescriptivo necesario para una normalización de los procedimientos judiciales e institucionales requeridos. Es en esta dirección que, en marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictaminó un fallo sobre el alcance del permiso para abortar en casos de violación. Este fallo tuvo como precedente un dictamen del Superior Tribunal de Justicia de la provincia de Chubut, que en marzo de 2010 resolvió favorablemente el pedido de aborto de una niña de 15 años que había sido violada por su padrastro.

Como sostienen Cavallo y Amette (2012), en el fallo “F., A. L. s/medida autosatisfactiva” (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012), la Corte Suprema estableció que el aborto no es punible cuando el embarazo provenga de una relación sexual no consentida. Por otra parte, se indicó que no se requiere autorización judicial previa ni denuncia policial previa para acceder al aborto en estos casos.

Una vez que la Corte dejó asentado que no existe incompatibilidad entre el marco normativo del ANP y el marco normativo convencional y consti-

tucional, el Tribunal se dispuso a estudiar otras cláusulas de igual jerarquía –así como principios básicos de hermenéutica– que obligan a interpretar el artículo 86, inciso 2, del Código Penal de forma amplia. Es decir, admitiendo el permiso para el aborto en todos los casos de violación y no únicamente en los casos de mujeres con discapacidades físicas y/o mentales.

Respecto de la judicialización sistemática y muy frecuente de los casos de aborto permitidos por la ley, la Corte manifestó que se trata de una práctica innecesaria e ilegal, porque obliga a las mujeres a exponer públicamente sus vidas privadas y porque trae aparejada una demora que pone en riesgo tanto el derecho a la salud de las solicitantes como su derecho al acceso a la interrupción del embarazo de forma segura (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012, considerando 19). Además, el Tribunal argumentó que el principio de reserva legal, derivado del artículo 19 de la Constitución Nacional, limita el requisito arbitrario de autorización judicial previa, así como cualquier otro requisito que no se desprenda de la ley y/o que no esté orientado a mejorar o facilitar el acceso al aborto en los casos permitidos. Por ende, y con base a este principio, la Corte afirmó que para acceder a un aborto bajo el artículo 86.2 del Código Penal solo basta con que la mujer solicitante, o su representante,

manifiesten ante el profesional tratante, declaración jurada mediante, que aquel ilícito es la causa del embarazo, toda vez que cualquier imposición de otro tipo de trámite no resultará procedente pues significará incorporar requisitos adicionales a los estrictamente previstos por el legislador penal (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012, considerando 27).

Con relación a la posibilidad de que mujeres que (de hecho) no fueron violadas, puedan acceder a la práctica a través de la declaración jurada, la Corte afirmó que se trata de un supuesto hipotético que “no puede ser nunca razón suficiente para imponer a las víctimas de delitos sexuales obstáculos que vulneren el goce efectivo de sus legítimos derechos o que se constituyan en riesgos para su salud” (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012, considerando 28).

Finalmente, la Corte exhortó al Estado Nacional y a los Estados Provinciales a que sancionen protocolos que regulen el efectivo acceso a los abortos no punibles, y a los poderes judiciales a que no obstruyan el acceso a los servicios.

Ahora bien, teniendo en cuenta estas coordinadas normativas, se abre la pregunta acerca de cómo funcionan en la práctica, quiénes y de qué manera las activan y cuál ha sido el devenir de casos particulares en los que el acceso a este derecho ha sido obstaculizado.

Metodología, fuentes y presentación de los casos

En esta sección nos proponemos recuperar tres casos de mujeres que solicitaron a la justicia y/o a centros públicos de salud la realización de un ANP. Estos casos, por diferentes razones, tuvieron alcance público, no solo por el seguimiento de los medios de comunicación sino por la intervención de agrupaciones y especialistas Provida y por el acompañamiento del movimiento de mujeres, en particular de la agrupación “Mujeres Las Rojas”, en su desarrollo.

Teniendo en cuenta que nos posicionamos desde una perspectiva cualitativa (Guber, 1991; Denzin y Lincoln, 2011), la selección de nuestro corpus obedece a la significatividad de los casos, en tanto nos permiten analizar y reflexionar sobre los argumentos planteados por funcionarios de la salud y la justicia y su incidencia en el desarrollo de los procesos que derivan –o no– en la realización de un ANP. Las fuentes utilizadas fueron 17 artículos periodísticos de 9 diarios virtuales locales y nacionales, a los cuales se puede acceder libremente por internet. Mediante estos materiales fuimos haciendo un seguimiento del tratamiento de los casos en la prensa gráfica, a medida que los mismos se iban desarrollando. Asimismo, realizamos un relevamiento de diferentes diarios siguiendo el desarrollo de los casos desde su inicio hasta su desenlace.

La relevancia del análisis de estos tres casos es doble. En primer lugar, por sus características particulares y compartidas. En todos la causa del embarazo no deseado fue una violación, solicitándose a la justicia o a un hospital público la realización de un ANP. En los tres casos, la respuesta judicial e institucional fue denegar el acceso al ANP solicitado. En este sentido, el análisis de los diferentes argumentos que se esgrimieron frente a estos tres casos particulares permite descubrir trasfondos morales, religiosos y de género que subyacen a los discursos y prácticas de funcionarios, jueces, abogados y efectores de salud, que se interponen como barreras de acceso a este derecho. En segundo lugar, en términos temporales los casos ocurrieron dentro del

contexto de la promoción de la Guía Técnica (2010) y del fallo F., A.L. de la Corte Suprema, hitos que hemos señalado como normativamente trascendentes en el tratamiento de los ANP, particularmente en casos de violación. En este sentido, el análisis de los argumentos que se opusieron a la realización de estos ANP exige comprenderlos en su relación-tensión con este contexto normativo particular, y preguntarnos sobre su alcance efectivo.

Considerando a los discursos como construcciones socioculturales históricamente situados (Verón, 1980, 1984), nos proponemos desentrañar y problematizar aspectos puntuales de los casos seleccionados, particularmente los argumentos sostenidos por funcionarios de la justicia y de la salud. Primero, realizaremos una breve crónica de los casos. Posteriormente analizaremos los argumentos.

Primer caso

Cuando la naturaleza “decide”

El primer caso que recuperamos sucedió en la ciudad de Córdoba en junio de 2010. Se trataba de una joven de 11 años de edad, que había quedado embarazada a causa de una violación. Quien la había violado era un vecino de su barrio, un adulto de 51 años de edad al que la familia de la joven conocía y consideraba persona de confianza. Según trascendió en los medios gráficos de dicha ciudad, durante varios meses la joven había sido amenazada, abusada verbal y físicamente y violada, situación que su familia ignoraba, hasta que la menor rompió su silencio al contarle a su madre lo que estaba sucediendo. Al conocer esta situación, su madre le realizó un test de embarazo, que dio positivo. Su madre actuó rápidamente realizando la denuncia en una comisaría. La información trascendió y fue comunicada a los medios de comunicación locales, a partir de lo cual el caso tomó relevancia pública, generando una discusión sobre qué procedimientos debían llevarse a cabo.

El caso desató una discusión legal respecto de la interpretación del segundo inciso del artículo 86 del Código Penal para los casos de violación, cuando el por entonces Ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur, habiendo sido consultado sobre el modo en que se debía proceder en este caso, negó haber firmado la actualización de la Guía Técnica, posicionamiento que desmintió días después, debido a que su firma aparecía en la portada del protocolo. Por otra parte, el Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba

se negó a asumir una posición respecto a cómo debería proceder un centro de salud de la ciudad de Córdoba si la familia de la niña decidía acudir a la justicia para la realización de un ANP. Teniendo en cuenta el alcance público que había revestido el caso, el Ministro eligió no manifestar públicamente su posicionamiento al respecto, argumentando lo delicado del caso y que lo más prudente era no tomar parte en el asunto y esperar el desarrollo de los hechos. Su declaración pareció aportar más confusión que claridad, ya que al referirse a “el desarrollo de los hechos” no aclaró si se refería al desarrollo del embarazo, a la decisión del juez o al accionar de los médicos.

Por su parte, el fiscal a cargo de la investigación manifestó que, a priori, no se estaba ante un caso de ANP, más allá de que la familia de la niña tuviera la voluntad de realizarlo. Según su interpretación “El Código Penal no castiga el aborto cuando es terapéutico o eugenésico, no cuando es sentimental” (*La Voz*, 26/07/2010). Esta interpretación excluía la causal violación señalando que el Código Penal solo contemplaba ANP por causas de riesgo o salud para la mujer. Su lectura de los hechos, dada su responsabilidad como fiscal, generó una discusión en la que intervinieron especialistas en la materia, quienes señalaron el histórico problema que suscitan las interpretaciones restrictivas del segundo inciso del artículo 86, y recordaron la noción de salud de la OMS, según la cual los Estados deben garantizar el completo bienestar físico y psicológico de las personas.

Tomando partido en la causa, un abogado y representante de la agrupación Portal de Belén (asociación provida de la ciudad de Córdoba), se mostró contrario a cualquier solución a este problema que implicara el aborto. Según su interpretación:

Es una situación muy triste (el embarazo no deseado de la joven) desde todo punto de vista. Uno desconoce el caso particular, pero quizás se pudieran ilustrar algunos temas puntuales, lo que pasa en el corazón de cada familia cuando viene una situación de esta. Yo le diría que la solución del aborto nosotros no la compartimos, no es una solución rápida ni mágica. El daño a la violación ya lo tuvo, para qué hacerle pasar por otro daño como el aborto (*Día a Día*, 26/07/2010).

Finalmente, unos días después de que el caso tomara alcance público, trascendió que el embarazo de la joven era anembrionario, por lo cual era

inviabile y riesgoso para su salud que el mismo siguiera su curso. Ante esta información, el por entonces Ministro de Salud de la provincia de Córdoba aclaró públicamente que el embarazo de la joven cursaba su octava semana cuando se detectó esta anomalía y que –según su opinión– “a veces, la naturaleza se encarga de resolver situaciones que no deberían haber ocurrido” (*La Voz*, 28/07/2010).

Pero al mismo tiempo, los medios de comunicación cordobeses señalaron que el Ministro, más allá de sus declaraciones públicas sobre el desenlace del caso, no asumió una postura clara sobre qué procedimientos legales e institucionales debían efectuarse en esos casos, aunque sí dejó en claro que una solicitud de ANP no requiere la autorización de un juez. Por otra parte, el por entonces Ministro de Salud alertó sobre posibles secuelas psicológicas en la víctima y la alteración del desarrollo normal de su vida cotidiana debido a la trascendencia pública del caso.

El tema de la “sensibilidad” o la “prudencia” en la exposición pública de información privada que remarcaba este funcionario en su declaración, así como el problema de los efectos psicológicos y consecuencias sociales (como exclusión y/o estigmatización) que tal exposición podría generar en las mujeres que solicitan un ANP, se refleja también en el caso que se presentará a continuación.

Segundo caso

El argumento jurídico: posicionamientos cruzados, violación del derecho a la privacidad e intervención de la Corte Suprema

El octubre de 2012 trascendió en los medios de comunicación un caso de ANP sucedido en la ciudad de Buenos Aires. Una mujer de 32 años de edad, víctima de trata de personas, solicitó que se le realizara un ANP en el Hospital Ramos Mejía, de esa ciudad, alegando que el embarazo había sido causado por las recurrentes violaciones a las que había sido sometida. Sin embargo, a través de un recurso de amparo solicitado por una ONG provida al que dio lugar una jueza nacional, se impidió que se llevara a cabo en la fecha y lugar pautados. Esta acción judicial generó una polémica entre profesionales y especialistas en la materia y tuvo una importante repercusión en los medios de comunicación y en la opinión pública, provocando la intervención activa de diversas organizaciones sociales, tanto proderecho al aborto como antiabortistas.

El carácter polémico de esta acción judicial que impedía la realización del ANP se debía a que implicaba una contravención al fallo FAL elevado por la Corte Suprema de Justicia a comienzos de ese año. El apoderado legal de la agrupación provida que había solicitado el recurso de amparo argumentó en los medios de comunicación que este fallo de la Corte Suprema no era obligatorio.

Por otra parte, el por entonces ministro de Salud de la Nación, Manzur, argumentó que el caso excedía su competencia porque el hospital donde se había realizado la petición del ANP estaba bajo las normativas y protocolos de la ciudad de Buenos Aires. No obstante, sostuvo que la acción de la jueza nacional significaba una “sublevación” al fallo dictaminado por la Corte Suprema. En medio de la polémica, el por entonces jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Mauricio Macri, decretó el veto de una norma para el tratamiento de los ANP expedida por la legislatura porteña, considerando que la misma excedía lo prescrito en el fallo de la Corte Suprema. En esta dirección, declaró públicamente que en la Ciudad de Buenos Aires se seguiría aplicando con vigor la legislación que permitía la realización de los ANP con previa autorización judicial.

Lo que sucedió, en paralelo a la trascendencia mediática del caso, fue la puesta en práctica del recurso de amparo al que la jueza nacional había dado lugar. Es así que durante la mañana del día pautado para la realización del ANP ingresaron al hospital Ramos Mejía el abogado apoderado de la organización provida y un funcionario judicial con una orden para detener el aborto. El episodio interrumpió la intervención médica, que estaba a punto de realizarse.

Desde ese momento, la puerta de entrada del Hospital Ramos Mejía se convirtió en escenario de confrontación política entre agrupaciones prodercho al aborto y antiabortistas. La agrupación “Mujeres Las Rojas” responsabilizó al gobierno porteño por haber permitido que trascendiera información sobre el día, hora y lugar donde realizaría este ANP, lo cual no solo posibilitó la solicitud de este recurso de amparo, sino que anotició a grupos provida, quienes realizaron un “escrache” en la puerta de la casa de la mujer que lo había solicitado.

Mientras los medios de comunicación cubrían la noticia en la puerta del hospital, el apoderado legal de la agrupación provida que solicitó el recurso de amparo a la justicia argumentaba por televisión que tanto la Constitución

Nacional como “la ciencia” definían al aborto como un crimen, incluso en casos de violación. Su argumento se centró en la noción según la cual desde el momento de la concepción existe una persona dotada de derechos, a la que la ley debe proteger en tanto víctima indefensa. Contrariamente, una de las representantes de la agrupación “Mujeres Las Rojas” argumentó que defender el derecho al aborto no implica estar en contra de la maternidad y que las mujeres deben decidir lo que quieran para sus vidas, sin sentir culpa o responsabilidad sobre el mandato social de la procreación.

Tras la medida cautelar, una magistrada en lo civil decidió apelar el fallo de la jueza, por lo que el caso pasó a la Cámara del Fuero. El titular del Juzgado en lo Civil 56, quien había recibido el fallo de la jueza, decidió rechazar su competencia, por lo que el caso pasó a la Corte Suprema de Justicia de la Nación, la cual debió decidir si el mismo entraba en la competencia de la jueza civil nacional o de la Justicia porteña. Al mismo tiempo, legisladores de diversas corrientes políticas (oficialistas y opositores) denunciaron las irregularidades en el desempeño de la jueza, acusándola de no desempeñarse conforme al derecho ni a su rol como jueza al dejarse llevar por sus juicios y subjetividades, sin escuchar las voz de la mujer implicada, quien deseaba interrumpir su embarazo. Se solicitó un pedido de Jury al Consejo de la Magistratura para la jueza y se demandó a Mauricio Macri ante la Cámara del Crimen por violación al derecho de privacidad, dado que su accionar, haciendo pública la información, provocó no solo la intervención de la organización provida y de una jueza nacional, sino que puso en peligro la integridad psicofísica de la mujer, quien además fue amenazada por miembros de la red de trata que la tuvo cautiva. Además, se denunció al director del Hospital Ramos Mejía por haber dejado filtrar información sensible y avasallar los derechos de la mujer.

Finalmente, días después de la solicitud del recurso de amparo, la Corte Suprema de Justicia dictaminó que el aborto debía realizarse acorde a lo indicado por el Fallo F., A.L. Según su consideración, se definió como ilegítima e inconstitucional la cautelar dictada por la jueza, dado que según dispone el fallo, se exhorta a los gobiernos provinciales y municipales a no judicializar los casos de violación. Un mes después de los sucesos ocurridos en el Hospital Ramos Mejía, su director renunció al cargo alegando motivos personales.

Tercer caso:

El argumento médico-institucional: cuando los saberes expertos se articulan para obstaculizar un ANP

En abril de 2014 se dio a conocer un caso que tuvo una fuerte repercusión social y política. Se trataba de una joven de 13 años del partido bonaerense de Moreno, que había quedado embarazada en noviembre de 2013, producto de violaciones de su padrastro. En marzo de 2014 la madre de la joven se enteró de lo que sucedía, y constató que su hija cursaba el cuarto mes de embarazo, ante lo cual realizó una denuncia por violaciones en dos comisarías del partido de Moreno. Según trascendió, la joven fue revisada de manera superficial por un médico forense de una de las comisarías, quien no encontró indicios de violación, producto de lo cual la causa se caratuló solamente como “abuso”. La polémica se suscitó, además, porque la madre de la joven afirmó haber asistido –un día después de constatar el embarazo– al Hospital Mariano y Luciano de la Vega para notificar el embarazo y denunciar la violación. Sin considerar los plazos que requiere la atención médica en estos casos, la mujer afirmó que en el hospital les dieron un turno para después de 45 días. Esta información sería desmentida posteriormente por las autoridades del hospital, alegando que a todas las mujeres embarazadas se las atiende el mismo día que asisten a la institución.

Según se informó en un comunicado que elevó el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, cuatro días después de acudir por primera vez al hospital, el 26 de abril, la joven volvió a asistir a la institución por un estado febril y contracciones, debido a lo cual quedó internada. A partir de una ecografía se constató que su embarazo cursaba 23 semanas de gestación. Conocido el grado de avance del embarazo, la madre de la joven solicitó que se aplicara la Guía Técnica para la atención de los ANP, pero desde el hospital se lo impidieron argumentando que existía riesgo para la salud y la vida de la joven. Ante este escenario, las autoridades del hospital, funcionarios del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y especialistas del campo de la medicina, argumentaron que en este caso la interrupción voluntaria del embarazo era inviable por el estado de avance del mismo, y dada la edad de la joven, para proteger su salud reproductiva y prevenir el riesgo de muerte. La argumentación de estos agentes coincidió en reconocer que su posicionamiento no se basaba en interpretaciones jurídicas o en lineamientos

institucionales arbitrarios, sino que se correspondía con las recomendaciones de la OMS y de la Guía Técnica referidas a los riesgos para la salud y la vida de la gestante que implica la interrupción del embarazo con posterioridad a las 20-22 semanas de gestación. Descartando la posibilidad de un ANP, estos especialistas y autoridades coincidieron en recomendar una cesárea programada con la posibilidad de dar en adopción al recién nacido, ofreciéndole asistencia psicológica y respetándose el derecho de la mujer a no entrar en contacto con el bebé.

Como respuesta a estos posicionamientos institucionales, diversas organizaciones de mujeres denunciaron que los argumentos médicos alegados por las autoridades del Hospital Mariano y Luciano de la Vega tenían como objetivo evadir/sobrepasar las prescripciones de la normativa vigente que regulaba los ANP. Al contrario que las autoridades del centro de salud, argumentaron que el caso de la menor se encontraba dentro de la ley vigente, ya que tal como se consideraba en el fallo FAL de la Corte Suprema, no debían existir procesos dilatorios por parte de ninguna de las autoridades y profesionales de la justicia y la salud que intervinieran en el proceso. En este sentido, el accionar de las dos comisarías donde se radicaron las denuncias implicó una maniobra dilatoria al no hacerse las revisiones médicas correspondientes y caratularse la causa como violación. Por otra parte, sostenían que las maniobras dilatorias también fueron efectuadas por la fiscalía que tuvo la causa bajo su competencia, ya que desde la primera semana del mes de abril podrían haber citado a declarar a las damnificadas pero no lo hicieron. Finalmente, porque además de estar notificadas las comisarías y la fiscalía a cargo, las autoridades del hospital estuvieron notificadas del caso cuando la joven y su madre acudieron a ese recinto para denunciar la violación y solicitaron que se aplicase en protocolo provincial para la atención de los ANP y, sin embargo, no fueron escuchadas.

El desenlace del caso fue la realización del ANP, pero no bajo la jurisdicción de ese hospital ni por decisión judicial de la fiscalía encargada de la causa, sino a raíz de un pedido de Amnistía Internacional donde se solicitó a autoridades nacionales y bonaerenses que garanticen el acceso al ANP argumentando que las restricciones a la interrupción de la gestación derivan en tratos “crueles, inhumanos o degradantes”. Este recurso judicial fue gestionado por las organizaciones de mujeres que se involucraron en el caso, y el

ANP se realizó en una clínica privada de la Ciudad de Buenos Aires, fuera de la jurisdicción provincial. Según trascendió, el procedimiento médico se realizó con éxito y no se presentaron riesgos en la salud de la menor. Según argumentaron las organizaciones de mujeres involucradas, las autoridades del hospital y del Ministerio de Salud bonaerense apelaron a supuestos plazos de permisión cuando ni el artículo 86 del Código Penal, ni la de la cartera de Salud de la Nación, ni el Protocolo de la Provincia de Buenos Aires, ni el manual de lineamientos de la OMS indican que existe un término máximo para realizar la práctica médica.

El análisis de los casos

Tal como se adelanta en la caracterización de cada uno de los casos, el análisis de los mismos nos permitió reconstruir tres tipos de argumentos que hemos denominado: el argumento natural, el argumento jurídico y el argumento médico-institucional.

Definimos el *argumento natural* como un argumento a partir del cual el enunciador apela a una fuerza mayor, en este caso la naturaleza, para fundamentar el devenir de un acontecimiento concreto. En el mismo sentido, este tipo de argumentos permite al enunciador (y a los destinatarios) desentenderse de la voluntad (característica humana, y por tanto, falible) como variable interviniente en el desarrollo y devenir de ese acontecimiento concreto. El argumento del ministro de Salud de la Provincia de Córdoba (primer caso) resulta ilustrativo: “A veces, la naturaleza se encarga de resolver situaciones que no deberían haber ocurrido” (*La Voz*, 28/07/2010).

Si separamos la oración en secuencias podemos inferir que en este caso la naturaleza se presenta como la fuerza mayor, el sujeto capaz de resolver el devenir del acontecimiento concreto, la interrupción del embarazo. Pero la apelación a la naturaleza tiene por lo menos, dos sentidos implícitos en relación al aborto. ¿Por qué es la naturaleza quien resuelve algo que no debió haber sucedido y no otra fuerza mayor, como el destino o Dios? Inferimos que en este caso se apela a la naturaleza porque el embarazo es definido como un fenómeno estrictamente biológico; es la misma fuerza creadora, la biología, la naturaleza, la que tiene la potestad de interrumpir aquello que ha creado. Por otra parte, porque se define al aborto como una problemática estrictamente moral. En este sentido, hay “algo que no debió haber sucedido”.

¿Qué es aquello que no debió haber sucedido? ¿La violación de la joven? ¿El embarazo producto de una violación? La naturaleza vendría a ser, según este argumento, el árbitro (neutral y sabio) que decide el devenir de dos acontecimientos definidos como estrictamente morales, e igualmente condenables: la violación y el aborto. Podemos inferir que la implicancia moral del acontecimiento estriba, además, en que se trataba de una persona menor de edad. Entonces, ¿quién puede decidir qué acción es la correcta o la incorrecta frente a una problemática que implica decidir sobre la vida o la muerte? Evidentemente, según su perspectiva, ninguna persona tiene la potestad de tomar una decisión cuando lo que está en juego es la vida de un ser humano. La naturaleza es invocada como la fuerza mayor, aunque bien podría haber sido la figura de Dios. Sin embargo, debemos tener en cuenta que para comprender cómo se construye un argumento es necesario comprender quién es el enunciador y cuál es —en este caso— su función pública. La palabra de un ministro representa la palabra de un estado laico, donde se supone que las creencias religiosas no interfieren en las decisiones de los funcionarios públicos; por eso, Dios no es el garante de este argumento, aunque en términos conceptuales (una fuerza mayor que la voluntad humana) bien podría pensarse como un equivalente semántico.

Por otra parte, si bien resulta éticamente justo sostener que tanto la violación como el embarazo de la joven constituyeron hechos aberrantes que no debieron haber ocurrido, esto no implica negar la ocurrencia de tales hechos. La pregunta que se abre entonces es qué corresponde hacer frente a un hecho que no debió haber ocurrido y que sin embargo ocurrió. La apelación a la naturaleza puede ser leída como el reverso de un sistema de justicia y salud considerado incapaz de actuar en esta materia, es decir, en la regulación y atención de los ANP. La ambigüedad del ministro para tomar posición sobre la viabilidad o inviabilidad del ANP en casos de violación es ilustrativa, ya que solo se pronunció sobre el problema del carácter público que revisten los casos de violación y las consecuencias psíquicas y sociales que genera en las mujeres. La fuerza de la naturaleza parecería implicar —según las palabras del ministro— un alivio frente a una responsabilidad de fuerte peso moral e institucional, pero en modo alguno una solución definitiva al problema potencial y real del aborto.

Definimos el *argumento jurídico* como un argumento a partir del cual el enunciador elabora una interpretación sobre una ley o normativa con el

propósito de justificar un posicionamiento legal y/o institucional sobre un acontecimiento concreto. La definición de un fiscal apelando al Código Penal para fundamentar la inviabilidad de una interrupción voluntaria del embarazo causada por una violación resulta ilustrativa (primer caso): “El Código Penal no castiga el aborto cuando es terapéutico o eugenésico, no cuando es sentimental” (*La Voz*, 26/07/2010).

Este enunciado sobre el Código Penal no solo es confuso en su formulación, sino también restrictivo al referirse al artículo 86, porque al mencionarse lo que la letra no castiga se omite la causal violación. Resulta interesante detenernos en este argumento porque se introducen expresiones que el propio Código Penal no contempla (el móvil sentimental implicado en una violación) y se desconocen los considerandos de la Suprema Corte en esa materia; además, por la relación directa que se establece entre el enunciador y la legitimidad que presume su figura como funcionario de la justicia. Si bien el argumento del fiscal puede ser contradicho a partir otros argumentos jurídicos, resulta relevante y significativo en términos de los efectos o implicaciones de su discurso el hecho de que busca probar la verosimilitud de sus argumentos no tanto en las pruebas que brinda sino apoyándose en la legitimidad que supone su palabra como funcionario de justicia.

Otro enunciado que nos interesa recuperar es del aborto definido como *daño irreparable*, que puede ser definido como un elemento adicional del argumento natural, y en cierta medida, del argumento jurídico que hemos analizado. Este tipo de argumentos suelen ser recurrentes en los posicionamientos antiderecho al aborto, particularmente para referirse a los casos de violación. Lo definimos como un tipo de argumento a través del cual el enunciador realiza una comparación entre dos situaciones definidas como igualmente perjudiciales e irreparables para vida de la mujer/víctima y de su entorno familiar y social: la violación y el aborto. Partiendo de esta comparación se procede a argumentar que el aborto como solución al daño que implica un embarazo no deseado producido por una violación constituye un daño adicional y eventualmente más perjudicial para la vida de la mujer y su entorno que la propia violación. Así lo ilustra la palabra de un abogado provida (primer caso):

Es una situación muy triste desde todo punto de vista. Uno desconoce el caso particular, pero quizás se pudieran ilustrar algunos temas puntuales,

lo que pasa en el corazón de cada familia cuando viene una situación de esta. Yo le diría que la solución del aborto nosotros no la compartimos, no es una solución rápida ni mágica. El daño de la violación ya lo tuvo, para qué hacerle pasar por otro daño como el aborto (*Día a Día*, 26/07/2010).

Como se observa, la violación y el aborto son definidos como daños irreparables. De ello se desliza que no existe una “solución mágica” frente a lo que es irreparable. Podemos inferir que al definirse el aborto en relación a lo mágico (o, en este caso, a lo que no es mágico), se lo caracteriza como la falsa ilusión de una solución rápida y eficaz, que se desmorona rápidamente ya que no puede borrar una huella imborrable (la violación). Resulta interesante pensar las relaciones entre este tipo de argumentos y los que apelan a fuerzas mayores (como la naturaleza) para referirse a la cuestión del aborto. Si en el argumento natural impera una idea no voluntarista de la decisión humana referida a la interrupción del embarazo, en el argumento del daño irreparable vinculado a la violación se perfila una idea diferente, ya que si la violación es un daño irreparable porque ya ha sucedido, ¿por qué generar un daño adicional –el aborto– que puede ser evitable? Si el argumento natural deja librado al azar (al capricho de la naturaleza, el destino, o Dios) el devenir de un embarazo no deseado, y por ende, lo enajena de la voluntad humana, el argumento del daño repone la voluntad tomando un posicionamiento decididamente antiaborto.

Por último, recuperamos el *argumento médico-institucional*. Lo definimos como un argumento en el que se articulan saberes científicos con prácticas institucionales cuyo objetivo es –en el caso concreto que analizamos– impedir la realización de un ANP. El análisis de este tipo de argumentos resulta particularmente interesante ya que quienes los sostuvieron son profesionales de la salud y personas vinculadas a temáticas como la protección a mujeres víctimas de violencia de género. En este sentido, sus posicionamientos no niegan la realización de un ANP ni se contraponen a las normativas que lo regulan, sino que apelan a saberes científicos (y a su investidura como profesionales de la salud para legitimarlos) posicionándose como defensores del derecho a la salud y la vida de las mujeres que solicitan un ANP en condiciones riesgosas.

El argumento de una coordinadora del programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género de la provincia de Buenos Aires resulta ilustrativo (tercer caso): “Es doloroso que la nena tenga que seguir con un embarazo que no eligió, pero está más avanzado de lo que permite la OMS para hacer un aborto” (*Infobae*, 28/04/2014).

En este enunciado se define como dolorosa la situación de una joven que debe continuar un embarazo que no ha elegido, lo cual podría interpretarse como una expresión que no niega la posibilidad de interrumpir un embarazo pero la descarta por cuestiones estrictamente médicas (el estado de avance del embarazo). Una forma de legitimar la afirmación de que un aborto es inviable y riesgoso consiste, en este caso, en apelar a la OMS, organismo cuyos lineamientos tienen reconocida legitimación no solo entre los profesionales de la salud, sino en la opinión pública en general.

Este tipo de argumentos resultan fuertemente convincentes en tanto no apelan a razones sobrenaturales, a fuerzas mayores o a interpretaciones arbitrarias sobre la legislación, sino que se apoyan en el prestigio del saber científico y rol de la medicina como protectora del derecho a la salud y la vida de las personas. Además, son argumentos que, como en este caso, fueron sostenidos por profesionales de la medicina, autoridades de la salud. En este sentido, se reconoce que al mismo tiempo que se analiza la coherencia/incoherencia lógica de los argumentos, es necesario tener en cuenta quiénes son los que pronuncian un discurso y cuáles son las fuentes de legitimación a las que apelan para convencer a los destinatarios (en el caso analizado, especialistas y autoridades del campo de la salud apoyándose en una institución reconocida internacionalmente, la OMS). De hecho, desde la agrupación “Mujeres las Rojas” se denunció que los argumentos de las autoridades del hospital sobre las recomendaciones de la OMS y de la Guía Técnica sobre los plazos y los riesgos del procedimiento médico eran falsos.

Con respecto a la segunda cuestión planteada, esto es, la relación-tensión entre los argumentos de estos funcionarios y el contexto normativo en el que se emplazaban, los casos recuperados abren interrogantes sobre el problema de la brecha entre el plano formal de los derechos y su efectiva aplicación. Si nos centramos en los *procedimientos* seguidos por funcionarios de la justicia y de la salud, en los tres casos se reflejan irregularidades y desconocimientos sobre las normativas que regulan el acceso a los ANP. Así lo ejemplifican las

intervenciones de los ministros de salud nacional y provinciales, quienes en ocasiones prefirieron evadir tomar posición respecto a qué criterios/procedimientos se debían seguir, alegando desconocimiento de las normativas o delegando responsabilidades por criterios jurisdiccionales. “Es una situación delicada”, “hay que esperar a que se desarrollen los hechos” o “el caso está fuera de nuestra competencia” fueron argumentos sostenidos públicamente por funcionarios. Las respuestas evasivas de funcionarios públicos abren el interrogante por la injerencia/control que grupos/sectores religiosos tienen sobre sus decisiones políticas.

Esta pregunta también cabría para analizar las intervenciones de jueces, fiscales, abogados, especialistas y autoridades de los hospitales. Como ilustran los casos seleccionados, sus intervenciones no fueron evasivas sino directas. La capacidad de *articulación* entre abogados provida, jueces, fiscales y autoridades de los hospitales es una cuestión que los casos recuperados invitan a profundizar en futuros trabajos. Por otra parte, los casos reflejan el problema del manejo irresponsable de información sensible, lo que repercute en el derecho a la privacidad y la autodeterminación de las mujeres. Al respecto, resulta ilustrativa la intervención de un Jefe de Gobierno informando a los medios de comunicación la fecha y el lugar donde se realizaría un ANP. Como vimos, esta acción pública derivó en la articulación entre un abogado provida y una jueza nacional, quienes utilizaron sus recursos para intentar –frustradamente al fin– impedir la realización del aborto.

Otra cuestión interesante para reflexionar tiene que ver con el alcance concreto de estas *articulaciones*. En los tres casos que recuperamos, las articulaciones judiciales-institucionales no tuvieron el peso suficiente para impedir que se realizaran los ANP. La acción del movimiento de mujeres, la intervención de especialistas, legisladores pro derecho al aborto de distintos partidos políticos y fundamentalmente la Corte Suprema de Justicia tuvieron un efecto “corrector” en los casos que abordamos, es decir, posibilitaron el acceso a un derecho reconocido.

Conclusiones

En este capítulo se ha puesto la lente en la problemática relativa a la brecha que separa los protocolos y normativas vigentes que regulan la aplicación de los ANP en la Argentina y su efectiva realización. Para ello se analizaron

los argumentos a través de los cuales las normativas y protocolos fueron re-apropiados, reactualizados, reinterpretados por actores/grupos/instituciones ante situaciones concretas, tomando decisiones políticas e institucionales que influyeron y/o determinaron la realización o no de un ANP. A tales efectos, nuestra metodología de trabajo intentó hacer un aporte –a modo de precedente– para el análisis de otras situaciones concretas en las que se presentan barreras judiciales/institucionales, con el acento puesto en la reconstrucción de la dimensión argumentativa. Como ilustran los casos recuperados, frente a una misma situación emergen diferentes interpretaciones sobre la ley en las que se filtran diferentes/contrapuestos posicionamientos ideológicos, uno de cuyos efectos es la dilación institucional/judicial. Se puede sostener, entonces, que los avances legales en torno a la despenalización y legalización del aborto en los últimos años, que implican necesariamente la regulación de los ANP, no reconocen una respuesta unívoca en los efectores de justicia y salud encargados de decidir su aplicación. El análisis de los argumentos a favor o en contra del aborto implica rastrear las huellas que las premisas de orden moral e ideológico alojan en la interpretación y aplicación de protocolos y normativas que presumen un carácter objetivo, neutral y universal. Rastrear estas huellas discursivas puede echar luz sobre las relaciones de poder de distinto orden que recurrentemente obturan la realización de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres, entre los cuales la aplicación de los ANP ocupa un lugar central. La problemática de la brecha entre lo legal/formal y lo real/fáctico mantiene su complejidad y vigencia si consideramos a las mujeres que recurrentemente acuden a una comisaría o a un hospital y no son atendidas, o que no acuden por temor a la exposición pública o a la condena moral quedando en el anonimato y con sus derechos vulnerados. Estas situaciones –hasta tanto sean investigadas con rigor– quedan en el terreno de la suposición, pero nos invitan a reflexionar, y así lo ilustran los casos recuperados, sobre la situación de mujeres que, silenciosamente y fuera del alcance de los medios de comunicación, han intentado acceder a un ANP y se les ha negado o que, para evitar los riesgos de la exposición judicial-institucional y social, acceden a un aborto en la clandestinidad poniendo en riesgo su salud/vida.

Un tema que amerita continuar reflexionando tiene que ver, entonces, con la influencia que tuvo la repercusión pública y política en el desarro-

llo de los casos analizados. Si bien la Guía Técnica y el Fallo F., A.L. se orientaron a suprimir intervenciones “innecesarias” de la justicia en los procedimientos que supone la interrupción del embarazo basándose en el respeto del derecho a la privacidad y la autodeterminación de las personas, en los casos analizados observamos que la trascendencia pública y política promovió la intervención tanto de actores/grupos/organizaciones que intentaron imponer barreras judiciales-institucionales como de aquellos que, respondiendo a estas intervenciones dilatorias, actuaron para garantizar la realización del ANP.

Por último, quisiéramos reflexionar sobre los alcances de la metodología de trabajo que hemos propuesto para analizar las políticas que regulan el ANP en nuestro país. Si bien la reconstrucción de casos particulares y el análisis de argumentos de efectores y funcionarios de justicia y salud no permite establecer una valoración integral del funcionamiento de las normativas que regulan los ANP, ofrece una buena fotografía que ilustra la compleja trama cultural y política que, excediendo el marco legal, permite comprender las premisas ideológicas subyacentes a los mecanismos judiciales-institucionales que obturan el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos. En el caso específico de los ANP, el problema del acceso es particularmente complejo, ya que es un tema sobre el que no existen estadísticas oficiales ni tampoco una rigurosa y ajustada regulación judicial-institucional. El fallo de la Corte Suprema de 2012 representa un hito trascendente en este sentido, que se complementa con las Guías Técnicas, las cuales sientan lineamientos de base. Consideramos que la regulación de los ANP, que garantice pautas de intervención consensuadas y unívocas en los efectores de salud y justicia, respetando el derecho a la privacidad y a la autodeterminación de las mujeres, es un tema de agenda que continúa pendiente.

Bibliografía

- Aborto: sigue el debate por el caso de la nena embarazada tras una violación. (26 de julio de 2010). *Día a Día*. Recuperado de <http://www.diaadia.com.ar/cordoba>
- Argentina: impiden el aborto a una mujer violada. (9 de octubre de 2012). *Infobae*. Recuperado de <http://www.infobae.com/2012/10/09/1059454-argentina-impiden-elaborto-una-mujer-violada>

- Bergallo, P. y Ramón Michel, A. (2009). *El aborto no punible en el derecho argentino*. Recuperado de www.despenalizacion.org.ar; N° 09/Abril 2009.
- Caneva, H. (2014). *Voces y silencios. Aborto inseguro y desigualdad en los discursos de distintos organismos*. Ponencia presentada en el XI CAAS, Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.
- Carabajal, M. (11 de octubre de 2012). Ante un pedido de los abogados de la víctima, a la que una jueza ultraconservadora le negó el derecho. *Página 12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com/sociedad>
- Cavallo, M. y Amette, R. (2012). *Aborto no punible. A cuatro meses de “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva”. ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener? Cuestión de Derechos de la Asociación por los Derechos Civiles*. Recuperado de <http://www.cuestiondederechos.org.ar/>
- CEDES (2007). *Morbilidad materna severa en la Argentina. Estimación de la magnitud del aborto inducido. Resumen Ejecutivo*. Recuperado de <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>
- Código Penal de la Nación Argentina. Libro segundo, Artículo 86. Recuperado de <http://www.mecon.gov.ar/concursos/biblio/CODIGO%20PENAL%20DE%20LA%20NACION%20ARGENTINA.pdf>.
- Continúa la polémica por el caso de la joven de 11 años que fue violada y está embarazada. (27 de julio de 2010). *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com/informaciongeneral>
- Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012). *Fallo F., A.L. S.* Recuperado de www.csn.gov.ar
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2011). *El campo de la investigación cualitativa*. Vol. I. México: Gedisa.
- El hospital aclaró que no le practicó el aborto a la joven de 13 años porque corría riesgo su vida. (29 de abril de 2014). *Infobae*. Recuperado de <http://www.infobae.com/sociedad>
- El polémico caso de la menor de 13 años violada a la que recomiendan no abortar. (28 de abril de 2014). *Infobae*. Recuperado de <http://www.infobae.com/sociedad>
- En medio de la polémica, le practicaron el aborto a la nena de 13 años que había sido violada por su padrastro. (5 de mayo de 2014). *El Intransigente*. Recuperado de <http://www.elintransigente.com>
- Finalmente le realizaron un aborto a la joven de 13 años que fue violada. (6

- de mayo de 2014). *Los Andes*. Recuperado de <http://archivo.losandes.com.ar/notas/2014/5/6/sociedad.asp>
- Guber, R. (1991). *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Legasa.
- La chica de 13 años a la que le negaron abortar en un hospital público bonaerense, lo hizo en uno de la Ciudad de Buenos Aires. (6 de mayo de 2014). *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com/sociedad>
- La Corte autorizó que se practique el aborto no punible que se había suspendido. (11 de octubre de 2012). *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com/sociedad>
- La encrucijada del aborto para una nena de 11 años. (26 de julio de 2010). *La Voz*. Recuperado de <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/la-encrucijada-del-aborto-para-una-nena-de-11-anos>
- La naturaleza resolvió cortar el embarazo. *Diario Día a Día*. (28 de julio de 2010). Recuperado de <http://www.diaadia.com.ar/cordoba>
- La nena abusada perdió su embarazo. (28 de julio de 2010). *La Voz*. Recuperado de <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos>
- Lazzarini, N. (26 de julio de 2010). El dilema del aborto, en un cuerpo de 11. *Día a Día*. Recuperado de <http://www.diaadia.com.ar/cordoba>
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Recuperado de www.msal.gov.ar/saludsexual
- Negaron un aborto no punible a una chica de 13 años. (28 de abril de 2014). *Clarín*. Recuperado de <http://www.clarin.com/sociedad/>
- Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1
- Peñas Defago, M. A. y Cárdenas, E. (2011). *Barreras judiciales al acceso al aborto legal: La intervención ilegítima de la justicia en casos de Aborto No Punible en Argentina*. Ponencia presentada en las IX Jornadas de Salud de Población, Buenos Aires. Recuperado de: <http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/principal.php?resumenid=78>.
- Petracci, M. (2007). *Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América Latina*. Recuperado de http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/01_Petracci.pdf

- Renunció el director del Hospital Ramos Mejía tras trabar un aborto no punible. (12 de noviembre de 2012). *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com/sociedad>
- Rocha, M. I., Rostagnol, S. y Gutiérrez, M. A. (2008). *Aborto y parlamento: un estudio comparativo sobre Brasil, Uruguay y Argentina*. Ponencia presentada en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba, Argentina.
- Rostagnol, S. (2006). *Aborto. Territorio femenino, discurso masculino*. *Cuaderno Mujer y salud*, 11, 67-68.
- Susheela Singh y otros (2009): *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*. Informe producido por el GuttmacherInstitute, Nueva York. Recuperado de <http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>
- Tras la medida cautelar la víctima de trata apela el fallo que le impide el aborto no punible. (10 de octubre de 2012). *La Nación*. Recuperado de <http://www.agepeba.org/>
- Verón, E. (1980). Discurso, poder y poder del discurso. En *Anais du Primeiro Coloquio de Semiótica*, (pp. 85-96). Sao Paulo, Río de Janeiro: Ed. Loyola-PUC).
- Verón, E. (1984). Semiosis de lo ideológico y del poder. *Espacios de Crítica y Producción*, 1, 43-51.
- Bibliografía (según orden del autor)
- Bergallo, P. y Ramón Michel, A. (2009). *El aborto no punible en el derecho argentino*. Recuperado de www.despenalizacion.org.ar; N° 09/Abril 2009.
- Caneva, H. (2014). *Voces y silencios. Aborto inseguro y desigualdad en los discursos de distintos organismos*. Ponencia presentada en el XI CAAS, Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.
- Cavallo, M. y Amette, R. (2012). *Aborto no punible. A cuatro meses de "F.,A. L. s/ medida autosatisfactiva". ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener? Cuestión de Derechos de la Asociación por los Derechos Civiles*. Recuperado de <http://www.cuestiondederechos.org.ar/>
- CEDES (2007). *Morbilidad materna severa en la Argentina. Estimación de la magnitud del aborto inducido. Resumen Ejecutivo*. Recuperado de <http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/index.html>

- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2011). *El campo de la investigación cualitativa*. Vol. I. México: Gedisa.
- Guber, R. (1991). *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Legasa.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1
- Peñas Defago, M. A. y Cárdenas, E. (2011). *Barreras judiciales al acceso al aborto legal: La intervención ilegítima de la justicia en casos de Aborto No Punible en Argentina*. Ponencia presentada en las IX Jornadas de Salud de Población, Buenos Aires. Recuperado de: <http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblación/ixjornadas/principal.php?resumenid=78>.
- Petracci, M. (2007). *Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América Latina*. Recuperado de http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/01_Petracci.pdf
- Rocha, M. I., Rostagnol, S. y Gutiérrez, M. A. (2008). *Aborto y parlamento: un estudio comparativo sobre Brasil, Uruguay y Argentina*. Ponencia presentada en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba, Argentina.
- Rostagnol, S. (2006). *Aborto. Territorio femenino, discurso masculino. Cuaderno Mujer y salud*, 11, 67-68.
- Susheela Singh y otros (2009): *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*. Informe producido por el GuttmacherInstitute, Nueva York. Recuperado de <http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>
- Verón, E. (1980). Discurso, poder y poder del discurso. En *Anais du Primeiro Coloquio de Semiótica*, (pp. 85-96). Sao Paulo, Río de Janeiro: Ed. Loyola-PUC).
- Verón, E. (1984). Semiosis de lo ideológico y del poder. *Espacios de Crítica y Producción*, 1, 43-51.

Documentos consultados:

- Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Recuperado de www.msal.gov.ar/saludsexual

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012). *Fallo F., A.L. S.* Recuperado de www.csjn.gov.ar

Código Penal de la Nación Argentina. Libro segundo, Artículo 86. Recuperado de <http://www.mecon.gov.ar/concursos/biblio/CODIGO%20PENAL%20DE%20LA%20NACION%20ARGENTINA.pdf>.

Artículos de periódico en Línea

Aborto: sigue el debate por el caso de la nena embarazada tras una violación. (26 de julio de 2010). *Día a Día*. Recuperado de <http://www.diaadia.com.ar/cordoba>

Argentina: impiden el aborto a una mujer violada. (9 de octubre de 2012). *Infobae*. Recuperado de <http://www.infobae.com/2012/10/09/1059454-argentina-impiden-elaborto-una-mujer-violada>

Carabajal, M. (11 de octubre de 2012). Ante un pedido de los abogados de la víctima, a la que una jueza ultraconservadora le negó el derecho. *Página 12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com/sociedad>

Continúa la polémica por el caso de la joven de 11 años que fue violada y está embarazada. (27 de julio de 2010). *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com/informaciongeneral>

El hospital aclaró que no le practicó el aborto a la joven de 13 años porque corría riesgo su vida. (29 de abril de 2014). *Infobae*. Recuperado de <http://www.infobae.com/sociedad>

El polémico caso de la menor de 13 años violada a la que recomiendan no abortar. (28 de abril de 2014). *Infobae*. Recuperado de <http://www.infobae.com/sociedad>

En medio de la polémica, le practicaron el aborto a la nena de 13 años que había sido violada por su padrastro. (5 de mayo de 2014). *El Intransigente*. Recuperado de <http://www.elintransigente.com>

Finalmente le realizaron un aborto a la joven de 13 años que fue violada. (6 de mayo de 2014). *Los Andes*. Recuperado de <http://archivo.losandes.com.ar/notas/2014/5/6/sociedad.asp>

La chica de 13 años a la que le negaron abortar en un hospital público bonaerense, lo hizo en uno de la Ciudad de Buenos Aires. (6 de mayo de 2014). *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com/sociedad>

La Corte autorizó que se practique el aborto no punible que se había

- suspendido. (11 de octubre de 2012). *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com/sociedad>
- La encrucijada del aborto para una nena de 11 años. (26 de julio de 2010). *La Voz*. Recuperado de <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/la-encrucijada-del-aborto-para-una-nena-de-11-anos>
- La naturaleza resolvió cortar el embarazo. *Diario Día a Día*. (28 de julio de 2010). Recuperado de <http://www.diaadia.com.ar/cordoba>
- La nena abusada perdió su embarazo. (28 de julio de 2010). *La Voz*. Recuperado de <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos>
- Lazzarini, N. (26 de julio de 2010). El dilema del aborto, en un cuerpo de 11. *Día a Día*. Recuperado de <http://www.diaadia.com.ar/cordoba>
- Negaron un aborto no punible a una chica de 13 años. (28 de abril de 2014). *Clarín*. Recuperado de <http://www.clarin.com/sociedad/>
- Renunció el director del Hospital Ramos Mejía tras trabar un aborto no punible. (12 de noviembre de 2012). *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com/sociedad>
- Tras la medida cautelar la víctima de trata apela el fallo que le impide el aborto no punible. (10 de octubre de 2012). *La Nación*. Recuperado de <http://www.agepeba.org/>

Las políticas de conciliación trabajo/ familia: una materia pendiente en Argentina. Análisis a partir de las gestiones empresariales desarrolladas en una empresa petrolera en los últimos 40 años

Leticia Muñiz Terra

Introducción

La permanencia de las inequidades de género en la distribución de las responsabilidades domésticas y extradomésticas, que deja para la mujer un lugar de subordinación en la distribución de responsabilidades familiares al tiempo que condiciona sensiblemente su inserción en el mercado de trabajo, ha promovido el desarrollo de múltiples investigaciones que plantean la creciente necesidad del despliegue, por parte del Estado y de instituciones privadas, de políticas de conciliación entre la vida familiar y laboral.

Estos estudios se preocupan por analizar las acciones y políticas de conciliación y las ventajas que promueven, considerándolas como intervenciones que buscan facilitar una combinación adecuada entre el mundo doméstico y laboral para varones y mujeres (Rodríguez Enríquez, Giosa Zuazúa y Nieva, 2010).

Insertándonos en el marco de estas preocupaciones, en este capítulo analizamos las políticas empresariales vinculadas a la organización y el manejo de la fuerza de trabajo, implementadas en una empresa particular: la firma Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF). Más específicamente, presentamos las políticas de gestión de la mano de obra aplicadas por la firma a lo largo de tres momentos distintos: la etapa estatal (1970-1991), el periodo de privatización (1991-2012) y la fase mixta (desde 2012 hasta el presente) con la

idea de identificar si en el contexto de dichas políticas existieron y/o existen estrategias para garantizar la conciliación y conocer sus particularidades y transformaciones a lo largo del tiempo.

Cabe señalar que esta problemática forma parte de las cuestiones que venimos trabajando en el marco de dos investigaciones más amplias, preocupadas tanto por la pobreza, el trabajo y las políticas sociales¹ como por las trayectorias y carreras laborales de trabajadores/as petroleros/as y textiles.²

En cuanto al orden de exposición, presentamos en primer lugar, una conceptualización acerca de las políticas de conciliación y describimos los dispositivos legales existentes en nuestro país para promover la conciliación.

En segundo lugar, analizamos la política empresarial desplegada en la etapa de gestión estatal de YPF intentando identificar si en ese período la firma implementó estrategias de conciliación de la vida familiar y laboral.

En tercer lugar, presentamos la política de gestión de recursos humanos de la compañía privatizada, señalando las medidas conciliatorias desarrolladas, sus alcances y limitaciones.

En cuarto lugar, estudiamos la política empresarial aplicada en el período de gestión mixta, analizando también las estrategias implementadas por la compañía en cuanto a la conciliación trabajo/familia.

Finalmente desarrollamos algunas reflexiones finales en torno a la problemática estudiada.

1. Las políticas de conciliación familia/ trabajo: particularidades de su desarrollo en Argentina

Las políticas de conciliación familia/ trabajo pueden ser concebidas como un conjunto de intervenciones públicas o privadas que buscan facilitar

¹ Proyectos de investigación: “Políticas sociales en el Gran La Plata. Estudios de caso y reflexiones teórico metodológicas”. Programa de Incentivos docentes del Ministerio de Educación de la Nación, y “Género y edad en estudios de caso sobre pobreza y políticas sociales en el Gran La Plata (2007-2014)”. Subsidiado por CONICET. PIP, ambos dirigidos por Amalia Eguía y Susana Ortale.

² Proyecto de investigación “Trayectorias y carreras laborales frente a la reestructuración empresarial: estudio comparativo de itinerarios ocupacionales de trabajadores/as de los sectores petrolero y textil desde una perspectiva de género”, dirigido por Leticia Muñiz Terra (financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica. PICT código 2011-1089).

una combinación adecuada de la inserción laboral, la atención de las responsabilidades de cuidado y del hogar, y el disfrute del resto de los ámbitos de la vida personal, familiar y comunitaria de los actores sociales (Rodríguez Enríquez, Giosa Zuazúa y Nieva, 2010).

Cuando se habla así de políticas de conciliación se hace mención a la presencia o ausencia de estrategias promovidas tanto por el Estado como por las empresas para garantizar una armónica articulación entre las actividades productivas y reproductivas de los varones y las mujeres trabajadores/as, considerando especialmente los diferentes dispositivos institucionales que la propician o limitan (la legislación laboral, los convenios colectivos de trabajo, etc.) y las representaciones, negociaciones y acciones sociales acerca de la distribución de responsabilidades que se establecen desde los sujetos involucrados (Faur, 2006).

La conciliación se basa así en la búsqueda de una mejor combinación de los mundos productivos y reproductivos para los/as trabajadores/as y en una estrategia para disminuir las desigualdades de género presentes en el mundo del trabajo, en el cual la inserción laboral de la mujer suele ser menor y desventajosa.

Esta mirada de la conciliación puede inscribirse en los estudios de género que conciben al mismo como una construcción social que, a partir de las diferencias biológicas, adjudica roles y funciones predeterminadas a cada sexo en la reproducción social. Este se expresa en actitudes, comportamientos y representaciones sociales acerca de lo femenino y lo masculino como atributos naturalizados en las relaciones sociales, así como en las relaciones de poder y subordinación entre varones y mujeres. Supone definiciones que abarcan tanto la esfera individual (incluyendo la subjetividad, la construcción del sujeto y el significado que una cultura le otorga al cuerpo femenino y masculino) como la esfera social (que influye en la división del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías entre unos y otros) (De Barbieri, 1992; Lamas, 1999; Scott, 2003).

Las investigaciones sobre conciliación desde la perspectiva de género se preocupan así por comprender la articulación/tensión entre los ámbitos privados y públicos, propiciada o condicionada por las instituciones y realizada por los actores sociales.

Las investigaciones recientes vinculadas a esta temática señalan que en los países de América Latina lo que predomina es la debilidad, cuando no la

total ausencia, de las políticas públicas y las acciones privadas en favor de la conciliación entre vida laboral y familiar. Esto, sumado a las propias particularidades de los mercados laborales y a la desigual distribución de oportunidades que caracterizan a la región, contribuye a reproducir las inequidades socio-económicas y de género existentes (Rodríguez Enríquez, Giosa Zuazúa y Nieva, 2010).

En nuestro país, estas políticas asumieron características específicas y propiciaron el desarrollo de estudios y propuestas de políticas de conciliación destinadas tanto a los/as trabajadores/as formales como a los/as informales.

Las investigaciones concentradas en las políticas orientadas a los/as empleados/as formales, habitualmente realizan un análisis de la Ley de Contrato de Trabajo (LCT) n° 20.744, señalando que la misma promueve un reducido número de normas que pueden vincularse a la conciliación. Según estos estudios los dispositivos de protección han sido sancionados a principios del siglo XX y aún continúan vigentes. Entre ellos cabe mencionar: el fuero maternal (la prohibición de despedir a una mujer embarazada), las licencias por maternidad (y paternidad), las licencias por adopción, el régimen de excedencia (posibilidad de ampliar la licencia por maternidad sin remuneración) y la provisión de los servicios de cuidado para los hijos de los trabajadores (Faur, 2014).

Así, en la normativa se evidencia que la prioridad ha sido y continúa siendo el período de gestación, alumbramiento y lactancia, dejando fuera de protección el cuidado de los/as niños/as en otras etapas de su curso de vida y soslayando el cuidado de los adultos mayores.

Las disposiciones legales en relación a la conciliación refieren casi exclusivamente al derecho de las mujeres, asumiendo su doble función de trabajadoras y madres. Los derechos de los varones aparecen en cambio mucho más limitados, potenciando la idea de que el lugar del hombre es el mundo del trabajo. Como sostiene Pautassi,

este supuesto se encuentra implícito en la distribución de licencias a madres y padres y en la regulación sobre guarderías y espacios de cuidado infantil una vez que los niños ya nacieron, e indudablemente, contribuye al sostenimiento del modelo familiar según el cual es a las mujeres a quienes compete el cuidado de los más pequeños (2005, p. 10).

Resulta interesante señalar que las licencias por paternidad son especialmente breves, pues otorgan únicamente dos días de beneplácito, y parecen eximir a los varones de las responsabilidades y derechos respecto al tiempo del cuidado infantil, colaborando así en la consolidación de la construcción de modelos de masculinidad desvinculadas de la crianza, de los vínculos afectivos y del cuidado familiar.

La normas vigentes, es decir la Ley de Contrato de Trabajo n° 20.744, constituyen la base legal sobre la cual las empresas pueden diseñar sus políticas de gestión y regulación de recursos humanos, incorporando estrategias para garantizar la conciliación.

En los siguientes apartados nos concentramos en esta cuestión, analizando las políticas empresariales vinculadas a la organización y el manejo de su fuerza de trabajo, implementadas en YPF.

Más específicamente, hacemos hincapié en la manera en que se incorporaron las cuestiones de género y familia en las diferentes gestiones y Convenios Colectivos de Trabajo (CCT) de la firma, con la idea de analizar en estos diferentes períodos la manera en que la empresa propició o limitó la conciliación familia/ trabajo.

2. El periodo estatal: entre el mercado interno de trabajo y el paternalismo empresarial

Desde su creación, en el año 1922, y hasta su privatización, en los primeros años de la década del noventa del siglo XX, YPF había sido la empresa pública explotadora de recursos naturales más relevante del país, tanto con relación a su alto nivel productivo como al surgimiento y crecimiento de comunidades petroleras que había promovido a lo largo del país.

Aunque con fluctuaciones, de acuerdo con el gobierno de turno, la firma desplegó en todos aquellos lugares donde se asentó una política paternalista o un “modelo particular de civilización territorial”, caracterizado por una ocupación del territorio que no se circunscribió a la explotación de los recursos naturales, sino que incluyó en todos los casos la puesta en práctica de una extensa red de servicios sociales, recreativos y residenciales (viviendas) para su personal permanente y para la comunidad en general (Rofman, 1999).

En materia laboral, en la compañía se fueron desarrollando cambiantes políticas de organización de la fuerza del trabajo, hasta que a partir de la

década del cuarenta, como consecuencia de las medidas laborales implementadas por el gobierno de Juan Domingo Perón, se estableció en la firma una política de gestión de la mano de obra basada en la lógica de los mercados internos de trabajo, que con algunos altibajos, duró hasta la década de 1990.

La gestión a partir de los mercados internos de trabajo de las empresas suponía, como sostiene Neffa (2003) en términos teóricos, que las relaciones de empleo se hallaban estructuradas mediante reglas (formales e informales) e instituciones que delimitaban las formas de reclutamiento, la asignación y la formación de precios del trabajo en el seno de las empresas, en las cuales existía una demanda de trabajo estable, que requería de calificaciones específicas (aprendidas en el puesto de trabajo) y promovía cierto grado de compromiso del trabajador con la empresa.

En la compañía petrolera la lógica de los mercados internos de trabajo con que se organizaba el trabajo estaba regulada por el CCT N° 23 firmado en 1975 entre YPF y el Sindicato Unido Petroleros del Estado (SUPE). Este convenio alcanzaba a todos los trabajadores y garantizaba las cuestiones vinculadas con el ingreso del personal –dando prioridad a los familiares de los trabajadores–, delimitaba la carrera de promoción interna y las formas de ascenso a los distintos escalafones de acuerdo con la antigüedad y con el saber hacer, definía las calificaciones y los tipos de formación que se podían desarrollar en los distintos puestos de trabajo, siendo los oficios manuales (electricidad, carpintería, etc.) y los conocimientos vinculados específicamente a la actividad petrolera los principalmente adquiridos.

Este tipo de gestión empresarial del trabajo brindaba además a los trabajadores una importante estabilidad laboral, pues al tener una reglamentación clara y regulada por el CCT, estos sabían concretamente cuánto duraba su jornada de trabajo y podían planificar sus actividades extra-laborales. La estabilidad se materializaba, asimismo, en el trabajo por tiempo indeterminado que la firma solía garantizar, otorgando al trabajador certezas que le permitían elaborar proyectos individuales o familiares a largo plazo.

En estos mercados internos de trabajo, el rol del sindicato era fundamental en tanto se encargaba de garantizar el cumplimiento del CCT.

Dado que el trabajo en la empresa era fundamentalmente masculino –pues al igual que otras empresas petroleras a nivel mundial, YPF tenía una planta de trabajadores conformada mayoritariamente por varones–, en el

CCT las disposiciones legales vinculadas a la conciliación no tenían demasiado desarrollo. Si en el mundo de representaciones empresariales la labor petrolera debía ser fundamentalmente desarrollada por varones que tenían que abocarse completamente a su trabajo en la firma, no había razón para pensar en la necesidad de la conciliación.

Esta composición de género de la planta de trabajadores existía desde los primeros años de la firma. Según algunas investigaciones históricas, hacia mediados de los años veinte se produjo una limitada incorporación de mujeres en todas las dependencias de YPF. Estas comenzaron dedicándose a la limpieza de los baños y a trabajar como cocineras. En la década del treinta las mujeres accedieron paulatinamente a cargos administrativos tales como escribientes o empleadas de oficina. En los años cuarenta, con la llegada del peronismo, empezaron a trabajar en los servicios de salud creados a partir de ese período; actuaron así como enfermeras o visitadoras de higiene, recuperando de esta forma la “misión maternal” de la mujer trabajadora (Ciselli, 2007; Crespo 2005). En los años setenta y ochenta solo un puñado de mujeres, principalmente profesionales (contadoras, ingenieras, etc.), pudieron ingresar a la compañía.

El ingreso de algunas mujeres a la firma habría así incidido en la necesidad de incorporar al CCT ciertos institutos legales vinculados a las licencias correspondientes al período de gestación, alumbramiento y lactancia. La inclusión de la participación del varón en la vida doméstica aparecía, por su parte, en el CCT desdibujada.

El perfil masculino del trabajo petrolero se justificaba por el tipo de actividad forzosa e insalubre que debían realizar los empleados y se sustentaba en la habitual división genérica del trabajo existente en la sociedad que colocaba a los esposos/varones a cargo de las actividades productivas y a las mujeres/esposas como responsables de las tareas domésticas (Wainerman, 2005).

El lugar de la mujer del trabajador petrolero era entonces el hogar, ocupándose de las actividades domésticas, de la crianza de sus hijos y de hacerlos asistir a la escuela (Ciselli, 2007). Los hogares petroleros reproducían así la división del trabajo legitimado en la sociedad.

Esta organización era, además, reforzada por la estrategia paternalista de la empresa con la cual se intentaba fijar la vida de los trabajadores en

torno a la fábrica y lograr el involucramiento, no solo productivo sino también ideológico, del trabajador con los objetivos de la empresa.³ De esta manera, al igual que en muchas firmas a nivel nacional, se aplicaba un paternalismo que influía en la vida de la familia y de la comunidad donde se establecía la fábrica, organizando un complejo aparato de integración y consenso (Russo, 2008).

Una de las características del paternalismo de YPF fue la íntima articulación establecida entre la organización del trabajo en la empresa y el espacio extra-fábril, es decir entre los ámbitos de producción material y reproducción de la fuerza de trabajo.

La política paternalista se anclaba así en la dicotómica división sexual del trabajo culturalmente aceptada en la sociedad. En esa época:

el hogar era entendido como un lugar apacible donde la mujer tenía la obligación de organizar las tareas, realizarlas o prever su ejecución por el personal del servicio doméstico y cuando era imprescindible realizar alguna labor remunerada. La fábrica, en cambio, representaba un jirón del hogar abandonado. Allí se llegaba cuando el varón, cuyo deber ser era proveer, no recibía un salario suficiente para el sostén familiar, cuando la muerte lo había arrancado del seno del hogar o cuando quién sabe por qué motivos lo había abandonado (Lobato, 2007, p. 81).

Esta mirada con relación a las responsabilidades femeninas y masculinas era reproducida en YPF mediante el paternalismo empresarial, promoviendo una clara división del trabajo al interior de las familias “ypefeanas”. Esta división únicamente solía sufrir alguna modificación ante el fallecimiento del trabajador petrolero. Pero, en este caso, quien llegaba a la fábrica ante la defunción del obrero no era la mujer/esposa, para quien el ingreso estaba vedado, sino uno de sus hijos o sobrinos mayores, que debía asumir desde ese momento la responsabilidad de la manutención familiar.

³ En términos teóricos, el programa paternalista se centra en la actuación del patrón más allá de la fábrica, es decir, en su intervención en el no trabajo y en la puesta a punto de un arsenal específico de técnicas y procedimientos disciplinarios traducidos en obras sociales. Entre los principales objetivos que persigue este programa está el reclutamiento de la mano de obra, su retención y fijación en un espacio cercano a la fábrica, permitiendo de esta manera la conformación de un mercado interno de trabajo medianamente estable en la firma (Sierra Álvarez, 1990).

Este paternalismo propició algunos elementos de la conciliación que el CCT y la gestión empresarial negaban. Por ejemplo, construyó complejos habitacionales para que se asentaran las familias petroleras, garantizó la existencia de jardines maternos empresariales al que los/as hijos/as de los/as trabajadores tenían acceso libre y gratuito, construyó clínicas petroleras en la que los trabajadores y sus familias tenían prioridad de acceso y atención, edificó clubes de YPF donde los agentes petroleros y su descendencia podían compartir momentos de ocio y esparcimiento, renovando energías para el trabajo cotidiano, etc.

Así, aunque el objetivo de la política paternalista era concretamente fijar al trabajador y a su familia en la región y garantizarse la posesión de mano de obra y su reproducción (Mases, 2007), puede pensarse que la aplicación de esa política presentaba algunos de los rasgos característicos de la conciliación. Es decir, aunque la política paternalista no tenía como fin principal garantizar al trabajador una articulación armoniosa entre las responsabilidades domésticas y extradomésticas, puede sin embargo pensarse que con ella la empresa propiciaba la satisfacción de ciertas necesidades vinculadas directamente con las políticas de conciliación tales como: la educación y el cuidado de los niños en edad escolar, la atención de la salud de su familia en una clínica cercana, la vivienda cómoda para el descanso y la vida familiar, etc.

En síntesis, podemos entonces señalar que la política de la firma en el período estatal, que estuvo centrada en la lógica del mercado interno y el paternalismo empresarial, no tenía en su horizonte la aplicación de estrategias de conciliación. Sin embargo, las particularidades que asumió el paternalismo incluyó, aun sin desearlo, algunas posibilidades que garantizaron al trabajador cierta conciliación. Dicha conciliación se asentó en la división sexual del trabajo de la familia petrolera, limitando la participación femenina en el mercado laboral y reproduciendo la distribución de responsabilidades al interior del hogar culturalmente aceptada en la sociedad de la época.

3. La etapa privatizadora: la política de gestión de recursos humanos en el marco del paradigma del *managment*

A lo largo de los años noventa se puso en marcha en nuestro país un nuevo modelo de acumulación que determinó la privatización de gran parte de las empresas públicas.

YPF fue una de las primeras empresas estatales privatizadas. El proceso de desestatización significó, entre otras cosas, una profunda racionalización de su plantilla de trabajadores que se vio disminuida en un 84,6 por ciento. La empresa petrolera nacional pasó así de tener 37.046 empleados en 1989 a 5.690 en 1995. Es decir que 31.356 trabajadores fueron desvinculados de la misma en un lapso de 6 años (Muñiz Terra, 2012). Junto al achicamiento de la plantilla de trabajadores, se realizó el cierre o venta de varias de las unidades productivas de la firma y se desmantelaron las instalaciones empresariales que habían impulsado el crecimiento y desarrollo de muchas comunidades petroleras: los jardines maternos, los complejos habitacionales, las clínicas médicas, etc., fueron cerrados o vendidos y pasaron a ser emprendimientos privados.

Al interior de la empresa se desarrolló un proceso de reingeniería que significó la aplicación de una política de gestión de recursos humanos basada en una nueva lógica organizacional, que algunos autores denominaron paradigma del *management* (Bolstanski, 1982; Gaulejac, 2004).

Este paradigma sostiene que las políticas de recursos humanos de las empresas deben caracterizarse por la creación de organizaciones austeras en personal, que trabajen en red, estructuradas a partir del trabajo en equipo, por proyectos, orientadas a la satisfacción del cliente y sustentadas en la motivación general de todos los trabajadores gracias a la visión de sus líderes (Pierbattisti, 2008).

La gestión privada de la firma petrolera, que luego de algunos años quedó casi exclusivamente en manos de la corporación REPSOL YPF, puso en práctica esta nueva ideología *managerial* a partir de una reorganización de la dirección de recursos humanos que se materializó concretamente en: a) el reclutamiento trabajadores/as con un nuevo perfil, pues comenzó a priorizarse el ingreso de jóvenes profesionales y técnicos/as, b) la “gestión de sí” de cada trabajador, es decir, la puesta en valor que podía hacer el/la empleado/a de las competencias que tenía, entendiendo a estas últimas como las adquisiciones de orden intelectual (cognitivo), práctico o de comportamiento necesarios para ocupar un empleo o realizar una actividad laboral por parte de un individuo (Lichtenberger, 2000), c) la proactividad en el trabajo de cada agente petrolero, alcanzando los objetivos anuales que la empresa pensaba para él/ella y su equipo de trabajo, d) el desempeño en jornadas laborales que, aunque solían ser estables, gran parte de las veces se transformaban en flexibles

en tanto los/as trabajadores/as no se retiraban de la fábrica hasta que no cumplían con los objetivos delimitados para ese día, etc.

Así, la nueva política empresarial esperaba que sus trabajadores/as tuvieran una gran capacidad de adaptación a las estrategias y necesidades corporativas.

Estos cambios en materia de gestión de la fuerza de trabajo no significaron, sin embargo, una transformación en la composición masculinizada de la planta de trabajadores de YPF, pues la masculinidad continuó siendo una característica central de la mano de obra (Muñiz Terra, 2015). Si bien las innovaciones realizadas fueron más organizacionales que tecnológicas y podrían haber incorporado un número importante de mujeres al trabajo petrolero, esa no fue la estrategia adoptada por la nueva conducción privada, que decidió reclutar solo a algunas mujeres.

Los datos empresariales muestran que entre los años 2005 y 2007 las mujeres no llegaban a representar el 25 por ciento de la mano de obra de la empresa, siendo el cargo de empleada administrativa o profesional el que mayor cantidad de mujeres albergaba, seguido en orden de importancia por los puestos de técnicas, jefes técnicas y directivas (Documento empresarial RRHH YPF, 2010).

La mayor presencia femenina se produjo en el sector denominado “Corporación”, es decir, en las oficinas administrativas centrales en las cuales se realiza toda la planificación y administración de la exploración, extracción, refinación y comercialización de la firma. En el marco de la nueva política de reclutamiento de YPF la empresa comenzó a contratar mujeres jóvenes, profesionales (contadoras, diseñadoras gráficas, ingenieras) y con disponibilidad para trabajar en horarios rotativos o cambiantes.

La incorporación de una mayor, aunque limitada, proporción de mujeres, propició la inclusión por parte de la gestión de recursos humanos de medidas tendientes a ofrecer igualdad de oportunidades para ambos géneros. Esto puede verse, por ejemplo, en la estrategia que comenzó a aplicarse en las unidades de refinación de la firma al permitir el cambio de funciones de las trabajadoras embarazadas que se desempeñaban en el sector productivo y pasaban al sector de procesos (investigación) o administrativo durante el período gestacional, dado que el sector de plantas era considerado riesgoso.

Estas medidas no se complementaban, sin embargo, con ninguna otra estrategia que se preocupara por el cuidado del bebé luego de su nacimiento.

La madre/ trabajadora debía regresar a su jornada laboral de 8 o 12 horas continuas luego del cumplido el plazo de licencia por maternidad establecido por la Ley de contrato de trabajo y el CCT.

Esta nueva política de recursos humanos era pensada y aplicada para todo el personal y se reflejaba claramente en los CCT firmados entre la gestión privada de la firma (REPSOL YPF) y el SUPEH⁴. Ahora bien, los CCT en este período ya no regían para todo sus trabajadores/as, sino para un reducido número de empleados/as, pues los profesionales con mando (ya fuera alto o medio), que a partir de la delimitación del nuevo perfil de trabajadores/as se habían transformado en un porcentaje importante de la plantilla de trabajadores, con la reestructuración privatista quedaron fuera de convenio.

Entre esos CCT los últimos fueron los 868/ 07 (firmado entre YPF y el SUPEH) y el 1.261/12 (firmado entre OPESSA YPF y SUPEH). Ambos convenios están aún vigentes por ultra actividad. Estos CCT tomaban como base la Ley de Contrato de Trabajo e introducían algunos pequeños cambios en los artículos relativos a la conciliación.

Así, por ejemplo, en relación a las licencias por motivos familiares (matrimonio, nacimiento, fallecimiento y atención de enfermos) se observaba cierta ampliación de derechos: a) además de la correspondiente licencia por maternidad se establecía, como señalamos arriba, la posibilidad de cambio en las condiciones de trabajo o de puesto si las actividades realizadas fueran consideradas peligrosas para la salud de la mujer embarazada y de su hijo en gestación sin modificaciones en materia salarial, b) la licencia por matrimonio otorgada era de 10 días hábiles, c) la licencia por paternidad era de 7 días hábiles o 5 en caso de adopción, y d) la licencia por atención de familiar enfermo se extendía hasta 10 días corridos con goce de remuneración.

Por otro lado, en caso que un trabajador tuviera a su cargo la guarda legal de un menor de 6 años o de una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial, o debiera abocarse al cuidado de un familiar por razones de edad, accidente o enfermedad grave, tenía derecho a solicitar una reducción de la jornada laboral con disminución proporcional del salario.

⁴ Sindicato Unido Petroleros e Hidrocarbúrferos

Asimismo se postulaba la existencia de un período de excedencia de hasta dos años sin goce de haberes para atender el cuidado de cada hijo y de hasta un año para el cuidado de familiares por los mismo motivos señalados anteriormente.

El cuidado infantil se vio también incluido en este convenio a partir del pago de un monto no especificado para la contratación de guarderías para niños de hasta tres años que podría percibir el personal femenino, o el personal masculino en caso de ser viudo. Se dio lugar así a una privatización del cuidado.

Finalmente hay dos temáticas vinculadas a la conciliación cuya incorporación resulta interesante: por un lado, la voluntad explícita de promover la igualdad de oportunidades y el principio de integración entre los sexos tanto en relación con las posibilidades de ingreso a la firma como en cuanto a la promoción interna y a la formación del personal y, por otro lado, la protección a las víctimas de la violencia ejercida en el entorno familiar a partir de apoyo psicológico o médico a cargo de la empresa para los empleados y/o los hijos menores de edad que convivan con él.

Como resulta evidente, la conciliación en YPF en la etapa privatista era bastante acotada y contribuía a reproducir la idea de que las responsabilidades familiares debían estar fundamentalmente a cargo de las mujeres. Algunas de las medidas vinculadas con la conciliación que la estrategia paternalista había promovido, en la etapa privatista desaparecieron (políticas habitacionales, clínicas petroleras, etc.) o se privatizaron, al quedar supeditadas a las decisiones individuales de los/as propios/as trabajadores/as (privatización del cuidado, etc.).

Los CCT, por su parte, se centraron en líneas generales en el cumplimiento de las obligaciones que se desprendían de la ley laboral, incorporando solo algunas pocas modificaciones a favor de los/las trabajadores/as pero sin poner en cuestión los estereotipos de género que la regulación vigente tendía a consolidar. Por otra parte, los artículos que superaban la tradicional conciliación eran de difícil alcance. Ello puede deberse a que la inclusión de los mismos ha sido fundamentalmente promovida como un objetivo a alcanzar a largo plazo, dado el carácter masculinizado del sector que dificulta la incorporación y desarrollo de la mujer en esta empresa (Muñiz Terra, 2012 y 2015)

y la gran cantidad de casos de violencia familiar identificados en los estudios sobre los trabajadores petroleros (Palermo, 2012; Barrionuevo, 2014).⁵

Toda esta situación se ve además agravada por el hecho de que muchos de los/as trabajadores/as de YPF no se veían alcanzados por el CCT ya que se encontraban fuera de convenio, debiendo asumir de manera privada su conciliación entre el mundo del trabajo y la vida familiar.

4. El período mixto: la continuidad de la política privatista

En el año 2012, el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner tomó la decisión de re-estatizar YPF.

Esta política fue promovida, por un lado, debido al importante proceso de desinversión que REPSOL YPF había aplicado en materia de exploración petrolera y, por otro lado, por la gran exportación de crudo realizada por esta firma entre 1998 y 2011, que había conducido a un gran desabastecimiento interno. Sin embargo, podría también señalarse que quizá una de las principales razones de la decisión de la recuperación de YPF fue la confirmación por parte de REPSOL de las grandes dimensiones que tenía el yacimiento de petróleo no convencional Vaca Muerta que, aunque había sido descubierto en 1930 en la provincia de Neuquén, recién en 2011 pudo probarse la existencia de sus importantes reservas (Bermejo García y Garcíandía Garmendia, 2012).

El proceso de re-estatización se logró mediante la expropiación del 51% de las acciones que poseía la filial argentina de esta corporación, que pasaron a ser consideradas de utilidad pública.⁶ De esta forma, la empresa YPF pasó a estar regida por una gestión mixta (estatal y privada) en la que el Estado argentino, al poseer mayoría accionaria, tenía la potestad de definir la política empresarial.

En cuanto a la política de gestión de recursos humanos, en los cuatro años que han pasado desde el comienzo de este proceso, no se advierte la presencia de cambios significativos en materia laboral. Es decir, que desde la implementación de la gestión mixta, no se evidencian transformaciones sustantivas en la gestión empresarial de la mano de obra.

⁵ La violencia familiar es uno de las grandes problemáticas que atraviesan las familiar petroleras del sector exploración.

⁶ El resto de las acciones, REPSOL YPF las había ido vendiendo a distintos grupos económicos.

Así, dado que la política de la firma permanece centrada en el paradigma del *management*, los/as trabajadores/as petroleros continúan gestionando de manera individual su propio transitar por la firma, poniendo en juego en su vida cotidiana en la fábrica sus competencias vinculadas con el saber intelectual aprendido en instituciones universitarias o terciarias, y el saber procedimental que se vincula con la necesidad de demostrar que saben manejarse de acuerdo con lo esperado y requerido por la cultura empresarial.

La política de reclutamiento de nuevos/as trabajadores continúa, por su parte, presentando las mismas características, ya que tienen prioridad de ingreso los jóvenes profesionales, preferentemente con formación en ingeniería y geofísica. El ingreso de personal femenino sigue siendo reducido, tendiendo a reproducirse la masculinización de la plantilla de agentes de la firma.

En relación a los CCT, cabe señalar que hasta el momento se encuentran vigentes por ultra-actividad los Convenios firmados en el período privatista, es decir que hasta el momento no ha habido modificaciones en las medidas aplicadas vinculadas a la conciliación.

Permanecen así vigentes la pequeña ampliación de derechos en relación a las licencias por motivos familiares (matrimonio, nacimiento, fallecimiento y atención de enfermos), la posibilidad de cambio en las condiciones de trabajo o de puesto para las trabajadoras embarazadas, la licencia por matrimonio de 10 días hábiles, la licencia por paternidad de 7 días hábiles o de 5 en caso de adopción, y la licencia por hasta 10 días corridos para la atención de familiar enfermo. Asimismo continúa la posibilidad de acceder a licencias o períodos de excedencia por dos años sin goce de sueldo para el cuidado de familiares enfermos y se reproduce lo que hemos denominado la privatización del cuidado a partir del pago de un subsidio para la contratación de jardines maternales para niños/as menores de tres años. La incorporación de la problemática de la igualdad de oportunidades y el principio de integración entre los sexos y la protección a las víctimas de la violencia ejercida en el entorno familiar continúan por su parte presentes en la normativa.

Así, la conciliación en la etapa actual sigue siendo bastante limitada y reproduce la idea de que las responsabilidades familiares debían estar fundamentalmente a cargo de las mujeres.

La continuidad de la política empresarial y la vigencia de los CCT firmados en el período anterior dejan entrever, en síntesis, que la gestión mixta

con predominio estatal prioriza los objetivos vinculados estrictamente con el crecimiento de la producción petrolera para contribuir al desarrollo económico de nuestro país, sin mostrar, hasta el momento, una preocupación por la mejora en las condiciones laborales de sus trabajadores/as vía la aplicación de estrategias que tiendan a promover la conciliación.

Reflexiones Finales

En este capítulo hemos presentado las políticas de gestión de recursos humanos de la firma petrolera YPF en los últimos 40 años, con la idea de identificar si en el marco de las distintas etapas que atravesó, a saber: la etapa estatal (1970-1991), el período de privatización (1991-2012) y la fase mixta (desde 2012 hasta el presente), existieron y/o existen estrategias para garantizar la conciliación y conocer sus particularidades y transformaciones.

Observamos así que si bien en la etapa estatista no había medidas que estuvieran pensadas para la conciliación, la política paternalista brindaba una serie de garantías que propiciaban cierta articulación entre el trabajo y la familia.

Ahora bien, aunque esta política puede ser pensada como una intervención pública que buscaba facilitar una combinación adecuada de la inserción laboral y la atención de las responsabilidades de cuidado y del hogar, su aplicación tenía como objetivo central fijar al trabajador cerca de la firma y estaba sustentada en una división de los mundos doméstico y productivo que promovía una desigualdad de género, pues sostenía la importancia de la dedicación completa de la mujer al trabajo doméstico y la inserción exclusiva del varón al mundo productivo.

De esta forma, la articulación promovida en lugar de ser pensada para garantizar el armónico desarrollo de la vida familiar y laboral de un/a trabajador/a, era concebida para dos personas: un trabajador (esposo) que podía dedicarse a su trabajo de manera exclusiva y una mujer (esposa) que tenía a su cargo las necesidades y responsabilidades del trabajo familiar.

En la etapa privatista, se observa, por otro lado, la inexistencia de una política empresarial de conciliación. La gestión de recursos humanos aplicada y los CCT vigentes se limitaron a incorporar los institutos laborales establecidos por la Ley de Contrato de Trabajo, con una mínima ampliación de derechos.

En este período se abrieron las puertas de la firma para el trabajo de algunas mujeres, pero esta decisión no vino de la mano de una preocupación por garantizar un desarrollo armónico de la vida laboral y familiar. Para estas trabajadoras REPSOL YPF brindaba como única excepción la posibilidad de cambio de funciones en el período gestacional y garantizaba la licencia por maternidad y lactancia aprobada por la LCT. Las disposiciones empresariales y del CCT vinculadas a la conciliación referían casi exclusivamente al derecho de las mujeres, asumiendo su doble función de trabajadoras y madres. Esto nos permite pensar que en esta etapa las escasas medidas vinculadas con la conciliación se centraban en esta firma no ya en dos personas sino en una, la trabajadora/mujer/madre.

Finalmente, durante el ciclo mixto, no se advierte una modificación de la política empresarial de recursos humanos ni cambios en los CCT. Dado que hasta el momento la gestión de la fuerza de trabajo y los CCT no presentan transformaciones sustanciales, las medidas vinculadas a la conciliación continuaban siendo prácticamente inexistentes.

La política de gestión de la mano de obra aplicada en YPF e incorporación prácticamente exclusiva de las normas vinculadas a la conciliación aprobadas por LCT en los CCT firmados, nos permiten entonces señalar que en las tres etapas analizadas la aplicación de políticas de conciliación en la empresa continúa siendo una materia pendiente. Al parecer, ha tendido a predominar la idea de que la conciliación no es responsabilidad de la firma sino de los sujetos individuales y/o de los gobiernos en el poder que deben diseñar y propiciar la aprobación de leyes tendientes a promover la conciliación para que ellos las apliquen.

La inexistencia de políticas de conciliación en la empresa resulta aún más preocupante si consideramos la recientemente aprobada Ley de Cupo Femenino para las empresas petroleras que fue presentada, discutida y aceptada por la Cámara de Diputados de la Nación luego del proceso de re-estatización y ante el comienzo de la gestión mixta de YPF. Esta ley reglamenta que las firmas petroleras deben tener una plantilla de trabajadores/as que incluya como mínimo un 30 por ciento de mujeres.⁷

⁷ La ley cupo femenino es una herramienta institucional que busca resolver el problema de la escasa representación de la mujer en los lugares de decisión política. El primer país del

La posible aplicación de esta nueva normativa se presenta así como un desafío para la nueva dirección de la firma, en tanto el crecimiento del porcentaje de trabajadoras en su planta de personal significará posiblemente cambios en la organización del trabajo. Esta situación podría invitar a la gestión de YPF a modificar las medidas que viene aplicando vinculadas a la conciliación, si continúa teniendo como uno de sus preocupaciones y misiones disminuir la desigualdad de género en la firma.

Bibliografía

Material documental

Convenios Colectivos de Trabajo 23/75; 868/ 07 y 1.261/12

Documento empresarial Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF). (2010).

Recursos Humanos Repsol.

Ley de Contrato de Trabajo n° 20744.

Documentos de Trabajo N° 9. CEIL-PIETTE. Buenos Aires.

Referencias bibliográficas

Bermejo García, R. y Garciandía Garmendia, R. (2012). La expropiación de YPF (Repsol) a la luz del derecho internacional. *Revista electrónica de estudios internacionales. REEI*, 24.

Barrionuevo, N. (2014). *Ser mujer en tierras del oro negro: representaciones de las desigualdades de género en Comodoro Rivadavia*. Ponencia presentada en las V Jornadas de Economía Crítica. Escuela de Economía Política de la UNLP (EsEP-UNLP), La Plata.

Bolstanski, L. (1982). *Les cadres. La formation d'un groupe social*. Paris: Les editions de Minuit.

Ciselli, G. (2007). Familia y trabajo femenino en YPF. *Revista Todo es Historia*, 484.

Crespo, E. (2005). Madres, esposas, reinas... Petróleo, mujeres y nacionalismo

mundo en incorporar este sistema fue Argentina mediante la sanción de la ley 24.012 en el año 1991, cuyo contenido establece que las listas de partidos políticos para cargos electivos nacionales deben tener como mínimo un 30% de candidatas mujeres. Actualmente, en las últimas Conferencias Sobre la Mujer de América Latina y el Caribe se ha planteado como meta regional cambiar la idea de porcentaje mínimo por la de paridad de género. Dado que las cuotas son medidas correctoras y, por lo tanto, consideradas temporarias; en cambio la paridad es un principio permanente que representa de mejor manera la igualdad en el ejercicio del poder.

- en Comodoro Rivadavia durante los años del primer peronismo. En M. Lobato (Comp.), *Cuando las mujeres reinaban. Belleza, virtud y poder en la Argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Biblos.
- De Barbieri, T. (1992). Sobre la categoría de género: una introducción teórico-metodológica. *Revista interamericana de Sociología*, 2(2-3).
- Faur, L. (2006). Géneros, masculinidades y políticas de conciliación familia/trabajo. *Revista Nómadas*, 24.
- Faur, L. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gaulejac, V. (2004). *La société malade de la gestion. Ideologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. París: Seuil.
- Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Revista Papeles de Población*, 21.
- Lichtenberger, I. (2000). Competencia y calificación: cambios de enfoques sobre el trabajo y nuevos contenidos de negociación. *Documentos para seminarios PIETTE*, 7.
- Lobato, M. (2007). *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960)*. Buenos Aires: Edhasa.
- Mases, E. (2007). Mosconi y los trabajadores de YPF. *Revista Todo es Historia*, 484.
- Muñiz Terra, L. (2012). *Los (ex) Trabajadores de YPF. Trayectorias laborales a veinte años de la privatización*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Muñiz Terra, L. (2015). El trabajo petrolero, un trabajo masculino: reflexiones a partir de un estudio de caso de carreras laborales de varones. *Revista Pilquen*, 18(1).
- Neffa, J. C. (2003). *Las teorías de la segmentación de los mercados de trabajo*.
- Palermo, H. (2012). *Cadenas de oro negro en el esplendor y ocaso de YPF*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Pautassi, L. (2005). Legislación laboral y género en América Latina. Avances y omisiones. En: *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pierbattisti, D. (2008). *La privatización de los cuerpos. La construcción de la proactividad neoliberal en ámbito de las telecomunicaciones, 1991-2001*. Buenos Aires: Prometeo.

- Rodríguez Enríquez, C., Giosa Zuazúa, N. y Nieva, D. (2010). Las políticas de conciliación entre la vida laboral y familiar. Las implicancias económicas y sociales de su ausencia en América Latina. Centro Interdisciplinario para el estudio de políticas públicas. *Documento de trabajo N° 77*.
- Rofman, A. (1999). *Las economías regionales a fines del siglo XX*. Buenos Aires: Ariel.
- Russo, C. (2008). Fábrica y localidad. La construcción de la identidad industrial: el caso de la cervecería y maltería Quilmes. *Revista H-Industria*, 2.
- Scott, J. (2003). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.
- Sierra Álvarez, J. (1990). *El obrero soñado. Ensayo sobre el paternalismo industrial. (Asturias, 1860-1917)*. Madrid: Siglo XXI.
- Wainerman, C. (2005). *La vida cotidiana en las nuevas familias ¿Una revolución estancada?*. Buenos Aires: Lumiere.

Respuestas egoístas a propuestas altruistas. Consideraciones sobre destinatarios de programas de economía social

Matías J. Iucci

Introducción

Entre 2003 y 2015 el Ministerio de Desarrollo Social de Nación desarrolló un conjunto de programas anclados en la economía social, con los que buscaba incluir a los destinatarios en el mercado laboral, incorporándolos en esquemas de producción de tipo grupal y solidario.

En este marco, el programa “Argentina Trabaja” alentaba su integración en unidades de producción de tipo cooperativa, otorgando por ello una retribución mensual. El “Banco Popular de la Buena Fe” fomentaba microemprendimientos individuales desde el microcrédito e incentivaba a sus destinatarios a incluirse dentro de grupos solidarios, entre quienes debían surgir relaciones de confianza.

Estos programas presentaban un fuerte componente moral que se podía identificar tanto en sus lineamientos como en la impronta que adquirían en la voz de los agentes encargados de su implementación. Así por ejemplo, el “Banco Popular” invitaba a compartir encuentros en los que no solo se proponía analizar la situación de los grupos de destinatarios con relación a sus proyectos económicos, sino también sensibilizarlos sobre valores tales como la “confianza”, el “valor de la palabra”, “la ayuda desinteresada” y la “buena fe” de las personas. Esos valores no solo resultaban útiles para las reglas de funcionamiento del programa, sino que también pretendían incidir en la vida cotidiana de sus destinatarios.

En este trabajo, nos preguntamos sobre cómo los lineamientos de los programas fueron interpretados e incorporados –con mayor o menor resistencia– por sus destinatarios. ¿Cómo valoran los destinatarios de los programas sus lineamientos?, ¿cómo los interpretan, los consideran y los incorporan en su cotidianeidad?

Con estas preguntas, se intenta aportar conocimiento acerca de las prácticas, representaciones y relaciones sociales en las que se involucran los destinatarios a propósito de los programas sociales, y sobre los modos en que los programas inciden en sus vidas cotidianas.

Para dar respuesta a los interrogantes indagamos en las experiencias de Constanza, quien fuera oportunamente destinataria de los dos programas aquí mencionados, y a quien conocí en el contexto de la implementación del Banco Popular de la Buena Fe en una ONG del barrio de un municipio que aquí llamaremos “El Saladero”.

¿Por qué centrarse en un solo caso?, ¿qué tiene de particular Constanza? Consideramos que Constanza puede ilustrar un caso particular que merece ser explorado en profundidad. ¿Un caso de qué? Soldano (2009) realizó una tipología sobre la experiencia de recepción de programas sociales que resulta vital para responder esta pregunta. Uno de los tipos descriptos por la autora incluye a aquellos que tenían experiencias “adaptativas-maximizadoras” de los lineamientos programáticos, ya que aceptaban plenamente las reglas de juego impuestas por los mismos, adaptándose a ellos para beneficiarse de sus recursos.

Otro era el caso de aquellos cuya experiencia era caracterizada por la autora como “conflictiva-maximizadora”: en contraste con el tipo anterior, las personas incluidas aquí se incorporaban a los programas, aprovechaban las oportunidades que brindaban los mismos, pero mantenían una actitud desafiante y conflictiva tanto con los lineamientos programáticos como así también con sus autoridades.

De acuerdo con esta tipología, Constanza podría ilustrar un caso que contribuye a profundizar este segundo tipo, es decir, quienes se involucran en los programas pero no dejan de mostrar su disconformidad con sus lineamientos, transitan por las propuestas programáticas con cierta incomodidad, y quienes oportunamente pueden confluir en acciones de protesta. Sin embargo, y a pesar de ello, mantienen una continuidad en el largo plazo como destinatarios.

En las páginas siguientes describimos un desencuentro entre los lineamientos programáticos que caracterizamos como de “vocación altruista”, centrados en un horizonte grupal, y las respuestas y toma de decisiones por parte de Constanza en clave egoísta, ancladas en sus propias estrategias individuales. Es decir que ahondaremos en cómo Constanza se desempeña en ambos programas, beneficiándose de los recursos que promovían sin responder cabalmente a las consignas propuestas. A su vez, nos detendremos en analizar las decisiones, evaluaciones y motivos que la llevaban a actuar de ese modo.

La política social pretendida por los programas y la vida cotidiana de sus destinatarios

Hace casi dos décadas, Le Grand (1998) planteaba que las políticas de los regímenes de bienestar se encontraban fundamentadas en teorías sobre el comportamiento humano. Distinguía entre supuestos “caballerescos”, en los que incluía a las políticas que pensaban a los destinatarios como altruistas y solidarios; “pícaros”, que involucraba a aquellas políticas que esperaban acciones humanas individualmente guiadas, o bien “subordinados” en tanto esperaban que las personas se mostraran pasivas o bien indiferentes a las propuestas de políticas.

Los programas de los que estamos hablando en general pueden englobarse dentro de los supuestos “caballerescos”. En el caso del Banco Popular de la Buena Fe, el programa otorgaba dinero para emprender un proyecto económico (ya sea de reventa de productos, de prestación de servicios o de producción) y exigía su devolución. En contraposición a un banco financiero, la “garantía” solicitada a la persona que requería un préstamo era de carácter solidaria. La “solidaridad” del Banco Popular se apoyaba en dos ideas. En primer lugar se la entendía como garantía de devolución del préstamo otorgado. Si bien había un fondo original que establecía el ministerio nacional, el Banco Popular sustentaba su funcionamiento cotidiano con el aporte que surgía de la devolución semanal del préstamo contraído por sus destinatarios, para lo cual se organizaban reuniones obligatorias. En segundo lugar, solidaridad significaba en este programa “ayudar al compañero”. Para esto, las promotoras del Banco Popular invitaban a quienes se acercaban al programa a que pensarán en un proyecto (un microemprendimiento) a desarrollar con

el préstamo, y que se involucraran en un grupo de cinco personas, funcionando como compañeros del grupo, garantes del préstamo. Se señalaba en los manuales que, en caso de que algunos de los participantes del grupo tuvieran problemas durante el desarrollo del emprendimiento o bien se vieran dificultados para la devolución en tiempo y forma de las cuotas correspondientes al monto prestado, los otros integrantes, junto a los promotores, debían proponer alternativas para superar los obstáculos. En esta cuestión recaía la idea de “ayuda” entre iguales válida para los integrantes del grupo y en nombre de la que, se sugería en el manual, se podían organizar oportunamente “rifas, ventas de alimentos, bingos, ferias”.

Así, la solidaridad dentro del programa generaba obligaciones para los destinatarios con respecto a sus compañeros (garantías solidarias y ayudas), pero también ante la autoridad ministerial representada por las promotoras del programa.

De este modo, el funcionamiento del programa descansaba en la noción de solidaridad: ella garantizaría el sustento financiero del programa y también la formación de sujetos “altruistas”, dispuestos a ayudar a sus compañeros.

Por su parte, en “Argentina Trabaja”, los principios “caballerescos” se asociaban con el involucramiento y la formación de una cooperativa. En las charlas capacitadoras que brindaba el Instituto Nacional de Economía Solidaria (INAES) para las cooperativas formadas por el programa enunciaban enfáticamente que se trataba de realizar una empresa social, donde los medios de producción eran de propiedad colectiva y donde también las decisiones más importantes de la cooperativa se tomaban en el marco de una asamblea, a través del voto, que emitían los socios en igualdad de condiciones y con independencia del cargo ocupado.

En este caso, las personas debían aceptar esas condiciones para formar parte de la cooperativa: integrarse y relegar sus intenciones individuales a las decisiones tomadas en forma colectiva.

Si bien una mirada desde los lineamientos del programa plantea cuestiones más o menos explícitas sobre el comportamiento humano pretendido, diferente es cuando la problemática es vista desde el otro lado, es decir, desde sus destinatarios. Porque independientemente de las pretensiones estatales encerradas en lineamientos, y de cómo lo interpretan y traducen los actores encargados de implementarlos, los destinatarios de los programas pueden de-

sarrollar sus prácticas y valoraciones en forma más o menos alineada con esas pretensiones.

¿De qué modo indagar en las valoraciones y los sentidos construidos por parte de los destinatarios de los programas en los que se involucran? Seguimos en este trabajo principios sociológicos generales según los cuales aquello que las personas piensan se encuentra relacionado con el contexto en el que se involucran. Es decir, no alcanza únicamente con explorar en las opiniones individuales sobre tal o cual cuestión. Consideramos que para comprender sus puntos de vista se vuelve indispensable también ahondar en el conjunto de relaciones sociales más amplias y particularmente de aquellas que se generan en la vida cotidiana. Los pensamientos pueden ser expresados en tanto sentido común, forjados al calor de las múltiples redes sociales en los que se involucran los actores.

Las características de las redes en contextos de pobreza fue un tema de indagación intensamente estudiado por las ciencias sociales durante la década de 1990 y 2000. Se ha escrito particularmente sobre los actores barriales que nuclea nutridas redes por las que circulan sujetos en situación de pobreza: ONGs, movimientos sociales, comedores barriales, iglesias, clubes, sociedades de fomento, referentes individuales, partidos políticos forman parte de los actores que estructuran esas redes y dan forma a una nutrida institucionalidad barrial (Auyero, 2001; Cravino, Fournier, Neufeld y Soldano, 2002; Merklen, 2005).

También se ha enfatizado en cómo, en un contexto de privaciones materiales, los sujetos resuelven sus dilemas cotidianos no únicamente en el barrio sino que también en conexión con instancias estatales y también, aunque de un modo informal, con el mercado laboral. (Eguía y Ortale, 2007) Entre ellos suman conexiones de distinta índole con sectores “no pobres” (Gutiérrez, 2008) que ayudan en sus estrategias habituales de reproducción social.

Esta bibliografía señala que los sujetos se involucran simultáneamente en múltiples redes de las que participan estos actores, y van generando relaciones horizontales (Lomnitz, 1994; Forni y Nardone, 2005; Alzugaray, 2007) tales como redes de ayudas entre vecinos y familias basadas en la solidaridad y la reciprocidad, como así también de tipo jerárquicas (Vommaro, 2006; Noel, 2006; Soprano, 2008) que se entremezclan con relaciones de poder y dominación. Es justamente en esa confluencia de actores y

relaciones que se produce la vida cotidiana de las personas que participan en programas sociales.

Como guía de lectura para el caso de Constanza, sostenemos que los lineamientos de los programas sociales, encarnados en sus referentes y promotores, forman un discurso más entre otros que pueden ser articulados entre las diversas instituciones y actores que pueblan su vida. Esta cuestión lleva a pensar que la recepción de esos lineamientos “caballerescos” que la invitan a un comportamiento altruista, entra en diálogo tanto con otras ideas y representaciones provenientes de estos actores y relaciones que integran sus redes, como así también con la propia experiencia vivida, marcada por un acervo de respuestas a dilemas cotidianos que presenta la vida en esas condiciones.

Proponemos también que las respuestas dadas por Constanza son de algún modo, egoístas. ¿Por qué las respuestas egoístas?, ¿en qué consisten las respuestas egoístas? Kessler (2000) diseñó una tipología de experiencias de empobrecimiento de individuos durante la década de los noventa –es decir, aquellos que comenzaban a formar parte de la “nueva cuestión social” –, que puede ayudarnos en la comprensión del caso. Su tipología relacionaba la definición de la situación en la que se encontraba la persona con las estrategias que ensayaban para lograr su reproducción social. Entre los distintos tipos diseñados por el autor, dos fueron inspiradores para pensar el caso de Constanza, ya que basaban sus estrategias en respuestas individualistas

Los “luchadores” (para Kessler, los cuentapropistas pueden ser un ejemplo de ello) son personas que ante una situación de empobrecimiento y redefinición de su mundo próximo, luchan individualmente, sin esperar la ayuda de otros para afrontar la caída. El modo para hacerlo es acotar temporalmente las estrategias, relegando el largo plazo y amoldándose a pensar en la supervivencia “día a día”.

Por el contrario, los “pragmáticos” se caracterizan por ser jóvenes que entran en la vida adulta en plena pauperización, que poseen educación terciaria e incluso universitaria, y tienen también una actitud que les permite buscar y desarrollar recursos a partir de aprovechar al máximo su capital social.

Como veremos a continuación, si bien Constanza no cuadra perfectamente con ninguno de los tipos presentados, conjuga características de ambos, permitiendo pensar en la implementación de estrategias egoístas ante los planteos de los lineamientos programáticos.

Constanza en el “Banco Popular”

Constanza tenía 30 años, estaba casada y tenía 5 hijos. Vivía en un barrio alejado del centro, pero cerca de donde se encontraba la propiedad en donde funcionaba la ONG.

Su marido, con quien vivía, trabajaba en el Servicio Penitenciario como oficial. Con su salario les alcanzaba para sustentar el consumo de sus necesidades elementales. Por ello, Constanza siempre estuvo en la búsqueda de oportunidades laborales que permitieran expandir la economía del hogar. En sus 30 años, nunca había accedido a un empleo formal y en relación de dependencia. Había terminado sus estudios secundarios, y su trayectoria laboral era errante e informal. Con la ayuda de su marido, inició su actividad comercial con un kiosco: “Tenía 3 cosas, las compraba en un local mayorista y las vendía acá. Pero empecé a pegar carteles en el barrio, ir al jardín, como para empezar a publicitar los productos. Y así empecé... con nada”. Les vendía a los vecinos y amigos.

A ello le agregó la reventa de productos de la línea *Avon*, que los sumó a la oferta del kiosco.

De las múltiples charlas que mantuvimos daba la impresión de ser una persona segura de sí misma, decidida sobre los pasos que había que dar para lograr que las cosas marcharan bien y confiada sobre el rumbo de los acontecimientos. Para ella, las personas se dividían entre los que tenían y no tenían “calle”. Ella la tenía, y por eso entendía que le iba bien. La calle le daba un saber hacer indispensable para la actividad de vendedora: saber comprar, saber vender, saber ofrecer un producto a un vecino: “yo sé del negocio y me va bien” como me dijo alguna vez, y con eso podía superar cualquier situación adversa.

Para ella, los secretos, eran los siguientes: “tenés que conocer al cliente, tenés que saber cuándo cobra el marido, cuándo pagan las cooperativas, cuándo le sale la pensión, la asignación por hijo. Tenés que estar en todos los detalles”, y eso era algo que se establecía a través de una complicidad con la persona, algo que se averiguaba indirectamente.

En su rol de vendedora parecía no necesitar a nadie, ella podía resolverlo individualmente (tal como los “luchadores” identificados por Kessler). Sin embargo, estaba interesada en ampliar y diversificar su capital social y aprovechar al máximo distintas redes (al igual que lo hacían los “pragmáticos” identificados por Kessler), como veremos a continuación.

Trabajó en el Plan Jefas y Jefes de Hogar en el año 2001. Su ingreso al mismo lo asociaba a su participación en el Partido Obrero, en el que estuvo durante poco tiempo. Luego la conoció a Ana, la presidenta de una ONG barrial que trabajaba con los adolescentes del barrio. Al poco tiempo, comenzó a participar con mayor intensidad en la ONG, a involucrarse en actividades tales como el acompañamiento de los jóvenes a las excursiones que organizaban oportunamente a la Capital Federal, o bien cuando los llevaban a la costa bonaerense, aprovechando las posibilidades de alojarse en Chapadmalal a través de convenios con el ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Entrar en contacto con Ana la acercó también a otro tipo de redes que luego le reportarían algunos beneficios. Además de presidente de una ONG y de ser una referente barrial, Ana era en aquel momento concejal por el Frente para la Victoria, y había establecido contacto con varios referentes partidarios, quienes a su vez ocupaban puestos en la gestión municipal. A través de ella era posible conectarse, por ejemplo, con el delegado municipal de su barrio, a quien denominaban “Pita”, y con Mirta, nuera de Ana y que en aquel momento trabajaba en una secretaría municipal y que también era promotora del programa.

La participación en la ONG la llevó a involucrarse en el Banco Popular de la Buena Fe, y con ello, en las reuniones que obligatoria y semanalmente se organizaban entre promotores y destinatarios del programa en la ONG. Allí, durante las reuniones, además de ponerse al día con las cuotas de los préstamos otorgados, se conversaba sobre el desarrollo de los proyectos, se realizaban “charlas” sobre temáticas especiales (día de la mujer, derechos humanos, día del trabajador, entre los que pude participar). Y era allí también donde se hablaba del compromiso, de la solidaridad, de la ayuda con los compañeros, de generar confianza.

Dado que el programa ya estaba funcionando –había en ese momento quince personas organizadas en tres grupos de destinatarios, todas mujeres, a excepción de un hombre, Carlos– y que todos estaban embarcados en distintos proyectos, cuando Constanza llegó fue integrada en uno de los grupos solidarios ya constituidos.

El proyecto en el que ella se involucró para pedir el crédito consistía en la reventa de indumentaria. Pensaba organizarse para comprarla tanto en el barrio “Once” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como en la feria

“La Salada”, y revenderla entre sus conocidos, amigos, vecinos y familiares. No estaba comenzando con algo nuevo, sino que el programa le era útil para consolidar el emprendimiento individual preexistente. Aún más, sumaba a la venta de productos *Avon* (que no fue suspendida ni reemplazada a partir de su participación en el Banco Popular) las prendas que podía comprar con el crédito del Banco Popular.

Constanza comenzó a participar de las rutinas del Banco Popular: todos los viernes acudía a las reuniones obligatorias del programa, compartía sus experiencias, devolvía el monto correspondiente al crédito tomado, conversaba con las promotoras, compartía con otras destinatarias. A pesar de ello, y de que afirmaba que le “iba bien” en el emprendimiento, era frecuente que pusiera en duda su continuidad en el Banco Popular. Al programa lo veía como una oportunidad para obtener un préstamo e iniciar algún negocio, a modo de diversificación de sus estrategias para sobrellevar las restricciones en sus condiciones de vida, de apostar a un proyecto individual y también de aportar al incremento del ingreso en el hogar.

Indudablemente, el programa era para Constanza un momento también de encuentro con vecinos y también con los promotores del programa (como Mirta). La ONG para Constanza significaba un espacio en el que se cruzaban múltiples redes, algunas más horizontales (amistad con otras destinatarias), las cuales ponían en relación a sujetos que compartían similares condiciones de vida (tales como las que se mencionan en los trabajos de Lomnitz, 1994; Gutiérrez, 2008; Alzugaray, 2007 entre otros) pero también otras que concentraban relaciones jerárquicas, vinculadas en este caso a la política, y a través de las cuales se ponían en contacto destinatarios de programas con mediadores políticos (Auyero, 2001; Vommaro, 2006; Noel, 2006). La participación en el programa tenía también para Constanza esta impronta.

Sin embargo, le molestaba el conjunto de reglas internas que existían en Banco Popular: “En principio la idea y modalidad del banquito me parecen bárbaros. Pero si tengo que mantener a otros con mis aportes, no me parece... me parece injusto”, dijo una tarde mientras caminábamos por el barrio, tras la reunión en la ONG.

Como explicamos, el Banco Popular se organizaba en base a préstamos con garantías de devolución solidaria: el destinatario se incluía en un grupo integrado por cinco personas, quienes pedían un crédito para realizar un

proyecto y que en nombre de la confianza prometían devolver. Esa garantía exigía también que en caso de que un integrante del grupo no pudiera devolver el monto, el resto de los compañeros de equipo cargarían con la deuda.

Eso era lo que le resultaba “injusto” a Constanza, responder con su propio capital económico la ausencia de compromiso de otro integrante del grupo. Esto lo mencionaba a propósito de Beatriz, otra destinataria que en ese momento no estaba yendo a las reuniones del grupo y a quien creía que iban a tener que pagar su parte.

Con el tiempo, se continuó discutiendo sobre esa deuda y sobre las de otros destinatarios.

Se resolvió que las deudas contraídas individualmente no fueran saldadas, hecho que generó nuevos conflictos entre destinatarias y promotoras: en el corto plazo planteó dificultades para que el “banquito” volviera a prestar dinero, amenazando en el largo plazo con la insolvencia del programa y con la posibilidad de cierre del proyecto en la ONG.

Sostenemos en este punto que la estrategia solidaria y colectiva que los lineamientos que el Banco Popular proponía no permeaba en las estrategias individuales de Constanza. Ante la situación de Beatriz no hubo propuesta colectiva, ayudas entre los integrantes del grupo, o la búsqueda de soluciones en equipo, tal como proponía el programa, sino que prevaleció una salida individual, aquella que dictaba no pagar.

Pensamos también que el grupo en el que se integró Constanza para obtener el préstamo no llegó a ser un grupo de referencia en donde plantear estrategias de producción y comercialización colectiva, sino que aquello que se colectivizaba eran las deudas. Y al mismo tiempo, Constanza utilizaba y amoldaba los principios generales del programa a sus propios intereses, centrados en desempeñarse en el mercado con las herramientas históricamente aprendidas.

Proponemos entonces una contraposición entre la solidaridad, grupalidad y confianza que eran parte de los lineamientos programáticos del programa y la salida individual, ligada a una experiencia vinculada a “la calle”, a saber moverse por el otro lado. Parecían, en este punto, miradas irreconciliables.

Del “Banco Popular” al “Argentina Trabaja”

A pesar de su participación en el Banco Popular, Constanza no había claudicado a otras búsquedas de nuevas redes. Como me comentó un día de

reunión, tenía otros “proyectos”, como le gustaba decir a ella. Por un lado, ingresar a la policía bonaerense. Por otro, buscar un programa “similar” al Banco Popular organizado por la parroquia del barrio. También estaba pensando en pedir un microcrédito en el Banco Provincia, que se asemejaba a la lógica del Banco Popular, aunque con garantías no tan solidarias. Proyectaba también ingresar al programa “Argentina Trabaja”, que en esos días se estaba popularizando entre los vecinos de la ciudad.

Así como el mundo laboral para ella era cambiante, también lo eran gran parte de los otros círculos sociales en los que se involucraba. Constanza no estaba ni atada a un programa particular, ni a una red en especial, sino que construía y proyectaba estrategias en un mundo que no era fácil. Sus horizontes temporales no superaban el corto plazo y cambiaban al ritmo de las incertidumbres y oportunidades cotidianas. Ella sabía, también por la “calle”, que había que moverse. Si la vida en el mundo precario e informal en el que inscribía sus trayectorias era de “riesgo” (Castel, 2010) y ello se traducía en desafíos cotidianos, Constanza respondía a los mismos con la búsqueda permanente de nuevos horizontes. Y ello era posible, según su estrategia, a partir de una inserción simultánea en la mayor cantidad de redes posibles. La estrategia principal ante el riesgo era la de ampliar y diversificar su capital social (en el sentido de Bourdieu) a los fines de beneficiarse (potencialmente) de los recursos que pudieran circular en las redes.

Uno de los viernes de reunión del Banco Popular, estábamos sentados en la puerta de la vivienda donde funcionaba la ONG, Constanza, Nora (otra de destinatarias del Banco Popular que integraba otro de los grupos) y yo, bajo la sombra de un árbol que nos protegía del calor del verano que comenzaba a llegar. Allí, mientras esperábamos que llegara Mirta con las llaves de la casa, se presentó el siguiente diálogo:

- ¿Te salió lo de la cooperativa? –le preguntó Nora a Constanza.
- Sí, a mí sí. ¿A vos? –le replicó Constanza
- No, tengo una angustia bárbara –dijo Nora– porque la verdad es que estaba re ilusionada con eso, y que te digan que no a último momento es feo. Ya tengo 35 años y está re complicado conseguir trabajo. En realidad explicaron que ya no entra nadie en estas cooperativas. Pero lo que van a hacer es si hay gente que deja de ir, van a ir completando con toda la

gente que no entró. Te felicito y me alegro por vos. Te quería llamar por teléfono pero no lo tengo. ¿Te llamaron hace mucho?

Constanza contó cómo había sido su ingreso a la cooperativa:

– En realidad, a mí me llamó Mirta –como dijimos, promotora del Banco Popular, nuera de Ana y colaboradora estrecha de las actividades de la ONG– para decirme de la cooperativa. Fui un día, llegué temprano a la delegación –donde Mirta es la secretaria de “Pita”–. Fui un día, me preguntaron un montón de cosas: si tenía casa, auto, si tenía trabajo, cosas así y nada más. Estuve 10 minutos. Después me llamaron para decirme que iban a cobrar el 20 de diciembre, y después de eso se empieza a trabajar. Esto es para que la gente no se queje, porque si te pagan antes, después nadie puede decir ni mu...

– Ah, qué bueno. ¿Cuánto es?, como 1200 pesos ¿no?

– Sí, eso. Pero vos ¿no le dijiste a Mirta? –preguntó Constanza.

– A Mirta, no... si no tiene nada que ver. Eso es algo que viene de Nación, que va a tener que ver.

Ahí Constanza cambió el tono de la voz y con sorpresa exclamó:

– ¡¡Ahhh... querida!! Tenés que avivarte. Tenés que caminar por la vereda del sol. Una cosa viene de la mano de la otra. Yo la conozco a Mirta, a Ana y a través de ellos a Pita. Ellos me ayudaron a que entrara en la cooperativa. Acercate y decile, porque ellos te pueden dar una mano.

Constanza tenía plena noción de las alianzas políticas y de las relaciones que existían entre Mirta, Ana y Pita. Era consciente, probablemente por eso de “tener calle”, o como surgía de este diálogo “caminar por la vereda del sol”. Es decir, que para que las cosas salieran, había que contactarse con las personas correctas.

El diálogo nos llevó a pensar sobre dos cuestiones. Por un lado, dejaba ver que había una jerarquía entre estos programas. A pesar de pertenecer al programa Banco Popular de la Buena Fe, Constanza y Nora (y los otros destinatarios también), se habían inscripto en las planillas municipales para ingresar a las cooperativas. Ellas valoraban el programa “Argentina Trabaja” por sobre otros programas. ¿Por qué?

Por el otro, permitía entender que Constanza podía explicar cómo había logrado ingresar al programa, y a la vez, por qué sus compañeras no lo habían hecho. Sabía que había entrado “por política”. Como les contaba a sus compañeros en otra conversación “el mío es un cargo político. Yo lo sé y es así. Todos ahí entraron por política, no por otra cosa. La gente sabe además con quién tiene que pedir”, habilitando una interpretación sobre las características de esas redes políticas como personales, particularmente arregladas y sujetas a intercambios particulares entre destinatarios de programas y referentes barriales.¹

“Por política” era también la explicitación de una mirada centrada en estrategias individualmente planteadas, organizadas con base en la incorporación de la mayor cantidad de redes posibles y la utilización potencial de esos recursos, tales como las que ensayaban los pragmáticos identificados por Kessler.

Constanza en el “Argentina Trabaja”

Al tiempo de esta charla, Constanza comentó que le habían salido dos de los “proyectos” que tenía: “Argentina Trabaja” y también el ingreso a la policía. Tenía dudas sobre qué hacer. Con la policía tenía dudas ya que le preguntaban por su vocación de servicio policial y no estaba segura de ello.

No sabía qué decisión tomar, porque si bien veía con buenos ojos a las cooperativas, consideraba que era “trabajo para hoy y por dos años”. No le gustaba la idea de que se terminara dentro de poco. Por el contrario, ingresar a policía le reportaría estabilidad laboral, pero posiblemente la trasladaran a un lugar de trabajo lejano. El dilema lo planteaba en un par de opciones opuestas: la estabilidad y la incertidumbre laboral por un lado, y un trabajo cercano a un mundo conocido (el de los programas sociales) por el otro.

Ante estas opciones prevaleció el programa “Argentina Trabaja”, interpretado, porque se parecía más al mundo laboral cercano y conocido, donde ella sabía que iba a poder amoldarlo a sus preferencias (como había logrado hacer con el Banco Popular) con mayor sencillez que en una estructura más rígida como la de la Policía.

¹ Tal como sugieren y discuten Auyero (2001); Vommaro (2006); Vommaro y Quirós (2011); Zarazaga (2015), entre otros.

Sus dudas sobre las cooperativas de “Argentina Trabaja” se hicieron presentes en la primera conversación que tuvimos al respecto, a los dos meses de su incorporación. “Esas cosas que son con muchas gente, así colectivas, no se sabe cómo pueden llegar a funcionar”. Desde los lineamientos del programa se invitaba al trabajo en grupos, a las decisiones colectivas, a la coordinación de actividades dentro de un grupo. En ese plano, Constanza no se sentía tan a gusto.

La cooperativa en la que se encontraba funcionaba al modo de una cuadrilla municipal orientada al barrido. Debía concurrir todos los días a la oficina municipal, donde Pita era encargado y ahora Mirta secretaria, y atender las indicaciones del presidente de la cooperativa. Allí organizaban las calles que debían barrer cada grupo, hacerlo y volver al mediodía a la oficina municipal.

Comentó que en su cooperativa había una división entre los grupos: “las viejas y las nuevas. Las viejas barren menos, llegan más tarde al trabajo y se van antes. Las nuevas, tienen que cumplir con un conjunto de obligaciones, como llegar temprano, barrer tantas cuadras y permanecer en el lugar, aún en el caso en que hayan terminado su trabajo”. Esto lo comentaba con bronca y al mismo tiempo, con las intenciones de gozar de los beneficios de ser una de las “viejas”. Tal como propusiera Elías (1998) los nuevos en esas situaciones también sufren las estigmatizaciones por parte de los viejos. Algo que Constanza estaba notando. Formaba parte de las nuevas y ello era algo así como una degradación, era la situación del que recién empieza y para llegar a plantear situaciones laborales más confortables había que esperar. Como recién llegada al programa, Constanza ocupaba un lugar relegado dentro del grupo, por lo que no estaba en condiciones de plantear exigencias. Tal como había ocurrido con el Banco Popular, las dudas sobre el programa provinieron principalmente de la dinámica grupal.

A pesar de ello, ante la pregunta sobre qué le parecía el programa, respondió “Mirá... para mí está bárbaro: no estoy trabajando mucho y gano más que bien”. Esa consideración tenía que ver, entonces, no tanto con las reglas de funcionamiento colectivas planteadas por la integración en una cooperativa, sino con el ingreso que obtenía del mismo, del que podía disponer con mayor libertad, según sus necesidades y gustos.

En una de las últimas charlas, comentó que se iba a inscribir en la carrera de Trabajo Social. “Es lo que a mí me gusta, trabajar por la gente”, me

preguntó si la veía bien para eso, le contesté que sí, que entendía que tenía el coraje y el valor para concluir con éxito cualquier emprendimiento que se dispusiera a realizar. Quizás Constanza estaba comenzando a realizar un trabajo político de la mano de Mirta y de Ana, y el trabajo social constituía una forma de acercarse aún más al vecino. O tal vez estuviera proyectando, de la mano de la formación universitaria, encontrar alternativas laborales que le posibilitaran resolver las incertidumbres que la habían acompañado en su trayectoria de vida. Lo cierto es que al involucrar en sus proyectos el tránsito por una institución de formación educativa, daba cuenta de su pretensión de cambios que le permitiesen afrontar mejor su situación individual y familiar.

Conclusiones

Las preguntas que guiaron este trabajo fueron las siguientes: ¿Cómo valoran los destinatarios de los programas a sus lineamientos? era la pregunta que motivó el armado del capítulo. Es decir ¿cómo los interpretan, los consideran y los incorporan en su cotidianeidad?

Nuestro argumento es que los lineamientos de programas de economía social que tienen orientaciones de políticas que hemos denominado en términos amplios y generales como “altruistas”, basadas en el trabajo colectivo, en la inserción grupal y en la solidaridad entre pares– encontraron por parte de Constanza respuestas egoístas, es decir, posturas planteadas preferentemente desde una perspectiva individual. En este sentido, el trabajo contribuye a conocer aún más en la experiencia de quienes, como mencionaba Soldano (2009), se involucran en los programas sociales sin aceptar ni seguir cabalmente sus lineamientos.

La valoración más clara que realizó Constanza sobre los programas es distinta en cada actividad que venía desarrollando: en el Banco Popular podía obtener fondos para desarrollar emprendimientos en los que se sentía más cómoda, al tiempo que actualizar relaciones que le podrían reportar potencialmente recursos. En el caso de Argentina Trabaja, indudablemente, el dinero que retribuía a sus destinatarios era para ella el principal de los incentivos.

En su participación como destinataria de ambos programas, poco se identificaba con los lineamientos programáticos, los que claramente quedaban relegados. Pensamos al respecto que hay un desencuentro entre las propuestas de los lineamientos de programas sociales y las prácticas de sus destinatarios;

que esos lineamientos producen un conjunto de representaciones que entran en diálogo con otros valores, sentimientos, ideas que se encuentran dispersas y mezcladas en las redes en las que se integran destinatarios de programas sociales. A su vez, que en el caso de Constanza, los programas sociales son amoldados y puestos a funcionar dentro de esquemas de reproducción social aprendidos a lo largo de años de trayectoria en sectores empobrecidos.

Si la posesión de un empleo puede considerarse una modalidad de integración social sólida que garantiza la reproducción de las condiciones de vida en función del acceso a un sistema de protección social, casos como los de Constanza nos habilitan a pensar en una integración social débil. Esta debilidad es la que nos permite reflexionar sobre la incertidumbre como característica permanente de sus vidas. Y era esta situación, y su plena consciencia del mundo en el que vivía, la que le había enseñado algunas prácticas y estrategias para desenvolverse. Entre ellas, que era bueno involucrarse en la mayor cantidad de redes posibles simultáneamente, que era importante realizar diversos proyectos y buscar salidas permanentes. Pero ante todo, y siguiendo algunos casos de la tipología de Kessler ya citada, que las salidas y los proyectos se realizan, en el caso de Constanza, de un modo individual en base a su propio esfuerzo y en la búsqueda de nuevas redes, y no tanto en las experiencias colectivas como las que intentaban impulsar los lineamientos programáticos.

Afirmamos que en tanto Constanza se esforzaba por participar en múltiples redes sociales, no consideraba con mayor seriedad los valores que los programas intentaban fomentar. Es decir, ante condiciones sociales de existencia que los invitaba a comportarse como “pícaros” (Le Grand, 1998), los programas sociales los interpelaba en términos “altruistas”, de solidaridad e igualdad, ampliando la brecha entre sus vidas cotidianas y el mundo ideal de los valores que proponen los programas.

Bibliografía

- Alzugaray, L. (2007). Redes sociales y relaciones comunitarias en Barrio Esperanza. En A. Eguía y S. Ortale, (Dir.), *Los significados de la pobreza* (pp. 121-132). Buenos Aires: Biblos.
- Auyero, J. (2001). *La política de los pobres. Las prácticas clientelistas del peronismo*, Buenos Aires: Manantial.

- Bourdieu, P. (2001). El capital social. Notas provisionales. *Zona abierta*, 94-95, 83-87.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Cravino, M. C., Fournier, M., Neufeld, M. R. y Soldano, D. (2002). Sociabilidad y micropolítica en un barrio bajo planes. En L. Andrenacci, L. (Org.), *Cuestión social y política social en el Gran Buenos Aires* (pp. 61-83). La Plata: Ediciones Al Margen.
- Eguía, A. y Ortale, S. (2007). *Los significados de la pobreza*. Buenos Aires: Biblos.
- Elías, N. (1998). Ensayo teórico sobre las relaciones entre establecidos y marginados. *La civilización de los padres y otros ensayos*. Colombia: Norma.
- Forni, P. y Nardone, M. (2005). Grupos solidarios de microcrédito y redes sociales: sus implicancias en la generación de capital social en barrios del Gran Buenos Aires. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 9(5). Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/redes/15790185v9/vol9_5.htm
- Gutiérrez, A. (2008). Redes e intercambio de capitales en condiciones de pobreza: dimensión relacional y dimensión vincular. *Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 14(4). Recuperado de <http://revistes.uab.cat/redes/article/view/v14-gutierrez/129>
- Kessler, G. (2000). Redefinición del mundo social en tiempos de cambio: una tipología para la experiencia del empobrecimiento. En M. Svampa (Comp.), *Desde abajo. Las transformaciones de las identidades sociales* (pp. 25-50). Buenos Aires: Biblos.
- Le Grand, J. (1998). ¿Caballeros, pícaros o subordinados? Acerca del comportamiento humano y la política social. *Desarrollo Económico*, 38(151), 723-741.
- Lomnitz, L. (1994). *Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de antropología latinoamericana*. México: FLACSO.
- Merklen, D. (2005). *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina 1983-2003)*. Buenos Aires: Gorla.
- Noel, G. (2006). La mano invisible. Clientelismo y prácticas políticas en sectores populares en la era de las ONG. En D. Miguez y P. Semán

- (Eds.), *Entre santos, cumbias y piquetes. Las culturas populares en la Argentina reciente* (pp. 165-181). Buenos Aires: Biblos.
- Soldano, D. (2009). El Estado en la vida cotidiana. Algunos desafíos conceptuales y metodológicos de investigación sobre política y biografía. En S. Frederic y G. Soprano (Comp.), *Política y variaciones de escalas en el análisis de la Argentina* (pp. 235-254). Buenos Aires: UNGS-Prometeo.
- Soprano, G. (2008). Doña Silvia. Análisis de redes políticas en el peronismo de la provincia de Misiones durante una campaña electoral municipal. *Andes*, 19, 119-155.
- Vommaro, G. (2006). “Acá no conseguís nada si no estás en política”. Los sectores populares y la participación en espacios barriales de sociabilidad política. *Anuario de Estudios en Antropología Social*, 161-179. Buenos Aires: IDES.
- Vommaro, G. y Quiros, J. (2011). “Usted vino por su propia decisión”. Repensar el clientelismo en clave etnográfica. *Desacatos*, 36, 65-84.
- Zarazaga, R. (2015). Los punteros como red de política social. *Postdata. Revista de Reflexión y análisis político*, 20(1), 11-29.

El problema del acceso a la vivienda en sectores pobres: un estudio sobre la implementación del Programa Federal de Viviendas en la periferia de la ciudad de La Plata

Amalia Eguía, Susana Ortale y María Eugenia Rausky

Introducción

El objetivo de este capítulo es caracterizar los cambios que se produjeron en las condiciones de vida y en las relaciones sociales en hogares pobres de un barrio del Gran La Plata, que denominamos Barrio Esperanza, a partir de la implementación en 2006 del Subprograma de Urbanización de Villas y Asentamientos Precarios del Programa Federal de Viviendas (PFV).

Barrio Esperanza representa una de las tantas configuraciones espaciales producto del desarrollo segregado de la estructura urbana y de modos informales de habitar la ciudad. Está ubicado en la periferia de la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires, situada a unos 60 kilómetros al sur de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

Los resultados que presentaremos son producto del desarrollo de una línea de investigación, integrada en proyectos más generales, cuyos objetivos específicos fueron conocer cómo los integrantes de esos hogares experimentaron el pasaje de un asentamiento de viviendas precarias construido sobre tierras fiscales, hacia un barrio urbanizado, con acceso a servicios y con viviendas edificadas con materiales más resistentes, y cuáles fueron los efectos en sus condiciones de vida.

Desde el año 2001 trabajamos en Barrio Esperanza en forma ininterrumpida, desarrollando actividades de investigación y extensión universitaria.

Hemos realizado censos en los años 2001 y 2004, así como entrevistas en profundidad a vecinos en diferentes momentos del trabajo de campo en el período 2001-2013.

Los estudios que realizamos en ese barrio contribuyeron a la reflexión crítica sobre las distintas perspectivas teórico-metodológicas para analizar la pobreza, la vulnerabilidad social y las políticas sociales. En todos ellos asumimos que no era posible comprender cabalmente las condiciones de vida de los hogares pobres sin ampliar la mirada hacia una serie de dimensiones sociales y políticas, que van más allá de las consideradas en los métodos tradicionales de medición de la pobreza. Tales dimensiones permitieron aprehender e interpretar las heterogeneidades presentes en el barrio vinculadas a las diversas vulnerabilidades. Cabe decir también que, en tanto el análisis de los programas sociales implementados en el barrio formó parte sustantiva de nuestras indagaciones, otorgamos centralidad a la problemática de los derechos sociales, marco que fue incorporado explícitamente en la orientación de las políticas sociales a partir de 2004.

Sucintamente diremos que hasta la implementación del PFV, los hogares se caracterizaban por vivir en condiciones habitacionales de extrema vulnerabilidad. En la mayor parte de los casos sus jefes eran –y continuaron siendo– trabajadores precarios, con ingresos insuficientes para cubrir una canasta básica de alimentos.

Reconocemos, con otros (Cravino, Fournier, Neufeld y Soldano, 2001), que la implementación de un programa no se reduce a la incorporación de recursos materiales (dinero, alimentos, ajuares, herramientas) a la vida cotidiana de los hogares “receptores”, sino que produce prácticas de trascendencia social, aprendizajes y relaciones. En este sentido, y considerando que la vivienda constituía una problemática acuciante para los habitantes del barrio, nos preguntamos qué papel jugó el PFV en sus condiciones de vida, qué relaciones promovió el disponer de un hábitat¹ diferente y acceder a una vivienda

¹ La mirada sobre el hábitat y no exclusivamente sobre la vivienda supone un enfoque integral de la vivienda que necesita entender a la misma como un sistema integral que comprende el terreno, la infraestructura para la urbanización y servicios, y el equipamiento social y comunitario dentro de un contexto cultural, socio-económico, político y físico ambiental. Una vivienda adecuada significa algo más que tener un techo, es también “disponer de un lugar privado, espacio suficiente, accesibilidad física, seguridad adecuada, seguridad de tenencia, estabilidad y

propia, y si el mismo contribuyó a fortalecer procesos de inclusión social, tal como se enunciaba en las políticas sociales del momento.

Para analizar estos últimos, problematizaremos su correlato, el concepto de exclusión social.

Lo Vuolo, Barbeito, Pautassi y Rodríguez (1999) plantean que el argumento central utilizado en la literatura francesa para no convalidar la noción de exclusión social es que con ese término se da a entender que los afectados por los problemas sociales están fuera de la sociedad, cuando en realidad su situación se explica principalmente porque son alcanzados por la dinámica social, construyendo una falsa imagen de la sociedad como dividida en dos polos.

Compartiendo esta crítica, utilizaremos el concepto de exclusión social entendiéndolo en sentido relativo. Minujin (1998) propone una perspectiva interesante al sostener que no se trata de un concepto dicotómico que divide a los individuos o grupos en dos, sino que la falta de inclusión puede darse en diferentes esferas como el trabajo, la vivienda, las relaciones comunitarias, etc.; por tanto, pueden identificarse situaciones diversas, de exclusión de los sujetos en algunas dimensiones y de inclusión en otras.

En un sentido similar Casaravilla (2001) plantea que es posible combinar tres vertientes diferentes sobre el concepto: la mirada latinoamericana que considera los fenómenos tradicionalmente incluidos en la caracterización socio-económica de la pobreza y en sus causas; la europea que incorpora la idea de ciudadanía incompleta e inhibición en el goce de derechos y la norteamericana que analiza el estigma asociado a la pertenencia a un grupo determinado.

Intentaremos analizar la experiencia de implementación del plan en el barrio retomando la propuesta de Casaravilla, dado que consideramos que la integración de estas miradas permite poner en evidencia la complejidad de los procesos de inclusión/exclusión social, en los que se interconectan

durabilidad estructurales, iluminación, calefacción y ventilación suficientes, una infraestructura básica adecuada que incluya servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y eliminación de desechos, factores apropiados de calidad del medio ambiente y relacionados con la salud, y un emplazamiento adecuado y con acceso al trabajo y a los servicios básicos, todo ello a un costo razonable. La idoneidad de todos esos factores debe determinarse junto con las personas interesadas, teniendo en cuenta las perspectivas de desarrollo gradual” (Programa de Hábitat de la ONU, 1996).

diversas dimensiones tales como trabajo, vivienda, educación, ingresos, participación, salud, etc.

A continuación, presentaremos el Plan Federal de Viviendas y el Subprograma de Villas y Asentamientos Precarios y su implementación en Barrio Esperanza. Luego nos referiremos a las condiciones de vida en el barrio antes de la implementación del plan y finalmente, teniendo en cuenta las miradas sobre el concepto de exclusión social arriba mencionadas, a los cambios producidos por el plan en las condiciones de vida, en las relaciones sociales y en las representaciones sobre el barrio de los habitantes.

Sobre el Programa Federal de Construcción de Viviendas

En julio de 2004 se firmó el convenio marco del Programa Federal de Construcción de Viviendas con el objetivo de dar solución al problema habitacional de sectores desprotegidos de la sociedad en los centros poblacionales con más fuerte déficit de viviendas. El mismo fue suscripto por el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios (a través de la Secretaría de Obras Públicas dependiente de dicho ministerio) y los gobiernos de la ciudad de Buenos Aires y de las 23 provincias argentinas. Conjuntamente con la construcción de viviendas, se planteó la realización de las siguientes obras de infraestructura: red eléctrica y alumbrado público, red de gas natural, gabinete de supergas con provisión de tubos, red de provisión de agua, red de desagües cloacales, pozo absorbente individual y cámara séptica, apertura de calles y zanjas de guarda.

Tal como sostienen Varela y Fernández Wagner (2012), la política estatal de vivienda que se desplegó desde 2004 en el país, articulada en torno a los programas federales, ha sido de gran importancia histórica por la inversión financiera, la cantidad de viviendas construidas y la cobertura territorial, marcando un punto de inflexión con la lógica de las acciones públicas de los últimos 30 años. Se implementaron diversos programas y subprogramas en los diferentes distritos, con modalidades de gestión también diversas de acuerdo con las condiciones sociales, políticas e institucionales específicas.

Uno de los subprogramas incluidos en el PFV fue el Subprograma Federal de Urbanización de Villas y Asentamientos Precarios –puesto en marcha en el barrio aquí estudiado– cuyo objetivo fue mejorar la calidad de vida de la población asentada en las mismas, con carencia de infraestructura básica de

servicios, problemas ambientales y de regularización dominial. La propuesta se dirigía a consolidar el establecimiento de la población en el sitio que habitaba, regularizando el dominio de la tierra a favor de sus ocupantes efectivos.²

En la provincia de Buenos Aires en este subprograma intervinieron –además del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios de la Nación–, el Instituto de la Vivienda de la provincia y los municipios.³

Los primeros datos comenzaron a hacerse públicos en 2004 en diarios locales y portales web de la municipalidad:

Se trata de viviendas de tipo familiar que serán construidas sobre terrenos aportados por el municipio y la provincia, con fondos de la Nación.

La primera etapa de licitación comprende 410 viviendas (...) con las respectivas obras de infraestructura [agua, cloacas, electricidad, alumbrado público, pavimentos, rellenos y obra hidráulica].

En cuanto a las características de las viviendas, se propone un prototipo de un dormitorio en planta baja y de dos, tres y cuatro dormitorios en dúplex, apareados en bloques de a dos unidades, cada una con una parcela de aproximadamente 8 x 25 m [sup. 200 m²], en función de mantener las características del modo de vida de la vivienda unifamiliar (<http://portal.mercociudades.org/node/348>, párr. 1, 2 y 3).

En Barrio Esperanza, la comunicación directa del plan se hizo también ese año, cuando un grupo de trabajadores del municipio conmocionó al barrio, convocando a los vecinos a una reunión informativa sobre la implementación polietápica del plan de viviendas del que serían destinatarios.⁴

² El plan de escrituración a cargo del Instituto de la Vivienda convierte en propietarios a todas las familias que habitan complejos habitacionales construidos y/o financiados por el Estado. A través del mismo se pretendía: “hacer realidad el derecho constitucional de propiedad, brindar seguridad jurídica a las familias, colaborar con la integración social fomentando espacios de inclusión, aportar al arraigo de los pobladores -pertenencia y permanencia, fortalecer la familia, institución básica de la sociedad y aumentar el valor de la casa, que se transforma en el primer capital social de la familia”

(<http://www.vivienda.mosp.gba.gov.ar>)

³ Vilchez (2014) desarrolla en detalle las competencias de cada uno de los organismos intervinientes en el proceso.

⁴ Algunos estudios retrospectivos han puesto en foco los procesos y resultados de la eje-

La reacción frente a la noticia fue heterogénea, algunos vecinos manifestaron ciertas resistencias y desconfianza mientras que otros se mostraron optimistas y esperanzados ante la posibilidad de disponer de una casa propia, “de material” y “con papeles”. Ello representaba la vía de entrada a la legalidad ya la seguridad, dejando de lado las amenazas y riesgos de expulsión del terreno.

Algunos carreros manifestaron resistencias u objeciones para incorporarse al plan en la etapa inicial, argumentando que las dimensiones de los terrenos asignados y las disposiciones de los ambientes de las viviendas no se adecuarían a las necesidades espaciales vinculadas con su actividad laboral. Ya se rumoreaba que los terrenos iban a ser más pequeños que los suyos, de allí las múltiples dudas ¿Dónde podrían acopiar los materiales recolectados en el carro? ¿En qué espacio podrían clasificar? ¿En qué sitio guardar el carro y el caballo? ¿Deberían verse obligados a elegir entre el acceso a la vivienda y el mantenimiento de su fuente más regular de ingresos?

I: Nosotros fuimos unos de los inauguradores del barrio digamos, porque vinimos ahí en el año ochenta y cinco, cuando había 3 o 4 casitas, no había entrada, era un callejón... Pero bueno, él era enemigo de la famosa vivienda, porque decía: ¿Y mis animales?, peleó con la gente del municipio para que se le hiciera ese espacio, que mientras él tuviera esos animales... porque era el sostén de vida nuestro... (Paloma).⁵

Desde que se dio a conocer la noticia hasta que se comenzó a ejecutar la construcción del primer bloque de viviendas, la participación de los vecinos en las decisiones sobre sus futuros hogares fue prácticamente nula.

De hecho, Varela y Fernández Wagner (2012) sostienen que el diseño de los programas federales no promovió la participación de la población en

cución del Subprograma de Urbanización de Villas y Asentamientos Precarios en este barrio, principalmente en los aspectos operativos desempeñados por actores estatales intervinientes en la implementación de la política y efectos en la vida de los destinatarios (Frediani, 2013; Vilchez, 2014; Ortale, 2014). En nuestro caso, acompañamos dicho proceso desde el inicio ya que la observación participante ligada a actividades de investigación y transferencia en el barrio se iniciaron en 2001 y continúan.

⁵ Para preservar la identidad de los entrevistados y garantizar el anonimato de la información brindada, los nombres de los informantes son ficticios.

las diferentes etapas, no asignando recursos ni definiendo criterios para su concreción. Las prácticas participativas se resolvieron a nivel municipal según la orientación política del gobierno local y presión/intervención de las organizaciones barriales.

I: ... porque si nosotros hubiésemos presentado, cuando se presentó el proyecto de viviendas, nosotros, la autogestión, la auto construcción la hacíamos nosotros... Pero nadie nos vino a decir ‘no, ustedes tienen que ser partícipes de sus viviendas’ ... No, esto fue... vino implantado (Marcela).

La única instancia participativa a la que estuvieron convocados los vecinos fueron los “talleres de contención”, que buscaban trabajar, junto con las familias, las implicaciones de la mudanza: los cuidados que debían tener, las expectativas sobre los usos de los diferentes cuartos de los que disponía la vivienda, etc.

Sobrevolaba en el imaginario de algunos agentes estatales la idea de “desajuste” o “desacomodamiento” (Berger y Luckman, 2003) que implicaría el cambio de vivienda para las familias, generando situaciones que afectarían las dinámicas y rutinas cotidianas. Esto fue contemplado en algún sentido por el plan, desde donde se creyó que el pasaje sería menos problemático si era acompañado por estos talleres. Más adelante se verá cómo los habitantes del barrio transitaron este pasaje y cómo resolvieron y/o integraron a sus rutinas las situaciones problemáticas.

Finalmente hubo pocos talleres y muchas dudas en el período de presentación del plan, lo mismo que durante la implementación, acompañadas a la vez de sentimientos de angustia de los vecinos ¿Se beneficiarían todos o finalmente sería solo para algunos? ¿Qué criterios se utilizarían efectivamente para el acceso? ¿Quiénes se mudarían en primer lugar? ¿Se respetaría la misma estructura de vecindad? Esto último preocupaba particularmente, dada la relevancia que adquieren las redes de ayuda entre vecinos en contextos de pobreza. Consideraban que su continuidad se vería amenazada por la imposición de una nueva disposición de las viviendas, pudiendo esas redes fragmentarse o modificarse en su dinámica. No obstante, a diferencia de otros planes que han relocalizado a las familias en otros barrios, las personas vivirían en el mismo barrio o zona –a unas pocas cuadras del lugar de residencia original–, alterándose eventualmente la vecindad, como de hecho sucedió en

algunos casos. Tal como se había previsto, la construcción de las viviendas comenzó en el año 2005 y se desarrolló en etapas, siendo gradual el proceso de asignación.

En su transcurso se sucedieron varios conflictos por retrasos y frecuentes interrupciones en la construcción, frente a lo cual los vecinos se organizaron para elevar pedidos formales a las entidades responsables de regularizar la situación y realizaron movilizaciones para reclamar por la pronta entrega de los inmuebles. El malestar estaba exacerbado, a su vez, por los rumores que circulaban sobre la asignación de estas viviendas a habitantes de otros barrios de la ciudad o por situaciones concretas de ocupación de viviendas cuya construcción no se había concluido.

En la primera etapa, en Barrio Esperanza se construyeron 214 viviendas,⁶ que fueron entregadas en junio de 2006 en un acto que contó con la presencia del entonces presidente Néstor Kirchner. En diciembre de 2009 comenzó la segunda etapa del plan, en la que se construyeron las 182 viviendas planificadas.

En contraste con varias de las edificaciones características de los planes de vivienda (largas hileras de edificios con departamentos ensimismados), en el caso de este sub-programa se construyeron viviendas tipo dúplex cuyo tamaño varió en función de la cantidad de miembros de cada hogar. Su diseño (bloques uniformes, idénticas entre sí) y la ubicación del barrio (periferia de la ciudad, terrenos inundables) representaban el prototipo de hábitat distinguible de asentamientos o villas miseria que, no obstante, concentra a una población homogénea en su pobreza. Hacia afuera constituye un enclave bien diferenciado que permite darle una precisión territorial al estigma, contribuyendo paradójicamente, a institucionalizar las diferencias. Además de las viviendas, se construyó un edificio en el que funciona un jardín de infantes, una escuela primaria y una secundaria.

Condiciones de vida en Barrio Esperanza

Barrio Esperanza se conformó a partir de un proceso gradual de ocupación de tierra pública, siendo un asentamiento que presentaba características de pobreza estructural, cuyos habitantes eran “ocupantes” de los terrenos que

⁶ Los materiales son del tipo tradicional, con fundaciones sobre una platea de hormigón armado y estructura de ladrillo cerámico hueco, techos de teja francesa esmaltada sobre estructura de madera a la vista.

habitaban de manera informal.

Según relatos de algunos vecinos, estas tierras fiscales empezaron a poblarse alrededor de 1970; tal proceso de apropiación informal pareciera haberse desarrollado en sus inicios sin mayores dificultades. Sin embargo, hacia mediados de los años noventa, cuando comenzó a construirse en la zona la autopista que conecta La Plata con la ciudad de Buenos Aires, se desarrollaron los primeros conflictos sobre las tierras, ya que para su trazado se necesitaba relocalizar a varias de las viviendas. Las acciones colectivas y reclamos por parte de los vecinos para resistir este proceso y/o negociar de la mejor manera posible la relocalización (mediante cortes de calles, reclamos a las empresas), derivaron en la reubicación de algunas familias al interior del barrio, en casillas de madera sumamente precarias.

A partir de entonces, en reiteradas ocasiones, el hecho de ser “ocupantes” de las tierras generó en los vecinos la sensación de inseguridad sobre las posibilidades de permanencia en dichos terrenos, sensación agudizada por rumores de relocalización.

A esto se sumaban los temores de vivir en zonas no aptas para la radicación definitiva: terrenos ubicados en áreas con riesgo de inundaciones, con suelos contaminados debido, entre otras cosas, a la proximidad de numerosos basurales.

En el año 2001 realizamos el primer trabajo de campo en barrio Esperanza, que consistió en un censo y entrevistas en profundidad a hogares seleccionados. En 2004 se llevó a cabo un nuevo censo en el barrio y al año siguiente, entrevistas en profundidad a treinta y seis hogares que habían sido incluidos en ambos censos con el objetivo de indagar los cambios producidos en el período. Los resultados alcanzados se plasmaron en el libro *Los significados de la pobreza* (Eguía y Ortale, 2007).

Los datos de los censos de 2001 y 2004 arrojaron que las viviendas tenían predominantemente paredes de madera; la mayor parte de los pisos de cemento o ladrillo fijo y los techos de chapa o fibrocemento. Aproximadamente la mitad de las mismas contaba con provisión de agua por cañería en su interior, y poco más de la mitad con baño en su interior, siendo los desagües a pozo ciego en la mayoría de los casos.

Estas situaciones habitacionales deficitarias se modificaron en la mayor parte de los hogares del barrio a partir de la implementación del PFV. Sin em-

bargo, persistían en el caso de aquellos cuyas viviendas todavía no se habían construido y de aquellos que ocuparon con viviendas precarias los terrenos que fueron quedando libres por las mudanzas.

En cuanto a la condición de actividad, aproximadamente el 80% de los jefes de los hogares encuestados tenía una ocupación, de los cuales un 40% trabajaba como obrero y un porcentaje similar como cuentapropista. Entre los primeros, más de la mitad trabajaba en la construcción, y entre los segundos, la mayor parte se dedicaba a la recolección de cartón y botellas con un carro.

Entre los aspectos relevados en los censos se incluyó la percepción de los informantes sobre los principales problemas o necesidades del barrio y de sus hogares; en ambos el estado de las viviendas fue uno de los más reconocidos.

Teniendo en cuenta este breve panorama de las condiciones de vida en el barrio, a continuación analizaremos cómo incidió el PFV en el bienestar material, atenuando las carencias y en qué sentido tales cambios permitieron avizorar procesos de inclusión social.

En los años posteriores se continuó con la realización de entrevistas en profundidad a miembros de los hogares que habían sido encuestados y/o entrevistados en los trabajos de campo anteriores, la mayoría de los cuales recibieron viviendas del PFV.

Entre 2008 y 2015 se tomaron notas de campo y se realizaron entrevistas a 20 mujeres/madres del barrio, adultos varones y a 15 jóvenes y niños. Con base en el análisis de estos testimonios, presentaremos los cambios producidos por el PFV desde el punto de vista de los entrevistados.

Exclusión y pobreza

Teniendo en cuenta el enfoque de las necesidades básicas insatisfechas (NBI), podemos afirmar que la mayoría de los hogares del barrio eran pobres por NBI, es decir pobres estructurales.⁷

Tal como planteamos más arriba, los resultados obtenidos en los censos realizados en 2001 y 2004 reflejaban que la insatisfacción de necesidades vinculadas con la vivienda constituía uno de los aspectos críticos del barrio,

⁷ De acuerdo al INDEC, la pobreza estructural (NBI) se define por los siguientes indicadores: hogares en los que habitan más de tres personas por cuarto, o su vivienda es inconveniente, o no tiene ningún tipo de retrete, o algún niño en edad escolar no asiste a la escuela, o cuatro o más personas dependen de un miembro ocupado y el jefe de hogar tiene bajo nivel educativo.

que se manifestaba en la precariedad de los materiales predominantes en su construcción, en las características de las instalaciones sanitarias y del sistema de abastecimiento de agua.

Si bien aún existen en el barrio hogares que residen en viviendas precarias, tanto en el caso de vecinos que no accedieron a la vivienda adjudicada, como en el de ocupantes provenientes de otros barrios que se afincaron en los terrenos desocupados, el plan revirtió, en la mayoría de los hogares del barrio, el valor de los indicadores de pobreza estructural vinculados con la calidad de las viviendas y el hacinamiento.

Las personas entrevistadas –niños, jóvenes y adultos– evaluaron muy positivamente la posibilidad de acceder a viviendas edificadas con materiales sólidos y emplazadas en un barrio cuya fisonomía había cambiado: calles asfaltadas, alumbrado público, espacios verdes destinados a la recreación.

El acceso a un hábitat de tales características era algo que no formaba parte de sus expectativas, fundamentalmente por las escasas oportunidades económicas de las que gozaban: la casi totalidad de los ingresos de los hogares se destinaba a cubrir necesidades alimentarias y de vestido. En este contexto, la posibilidad de mejorar la vivienda era para muchos impensable. Así, en la mayoría de los casos el PFV implicó un cambio muy importante y significativo en las condiciones habitacionales:

... y... fue cambiando el barrio, cuando nos entregaron las casas hubo un cambio total, porque la mayoría de las casas eran humildes, eran casitas humildes... (Ornela).

I: Y... ya te digo, para mí es el sueño cumplido. Sí, sí, funcionó. Sí. Ya te digo, nunca imaginé que para ir a mi dormitorio iba a subir una escalera...

E: Claro. Estás contenta con la casa.

I: Sí. Muy contenta. Será que tantas veces perdí todo, por inundación, por el viento(...) pero, tener tanto, para mí fue mucho... de estar en la casillita, y cada 2 o 3 meses clavar las maderas porque se desclavaban, o porque se apolillaban, y esto también requiere de sus cuidados... qué sé yo... yo paredes no iba a poder construir nunca... (Paloma).

I: Te abre la cabeza todo esto. No te creas que te dan una casa y te quedás ahí... me dieron una casa y ya está. A mí por lo menos me abrió la cabe-

za, me sirvió muchísimo. Incluso mi marido cambió un montón. Yo creo que si se hubiera quedado allá, no sé... estaría en cana todavía.

E: ¿Por qué?

I: Y, por el ambiente mismo. Yo creo que mis hijos no estarían como están hoy en día. Bah, ahora que son chiquitos por ahí los manejo, pero no sé, si hubieran crecido ahí... no es muy lejos, pero es otra cosa.

E: ¿Por qué te parece que la vivienda influye tanto?

I: Y, porque sí, influye. Para mí influye muchísimo. El día de mañana mis hijos no van a decir 'me voy a comprar una casilla, y me meto ahí', van a querer siempre lo mejor (Marciana).

Si bien, en líneas generales, el acceso a este plan ha significado un cambio vivenciado positivamente, al igual que en las investigaciones realizadas por Cravino y su equipo (2012), se registraron tensiones entre la valoración positiva de las personas entrevistadas sobre el PFV y los problemas edilicios derivados de la mala calidad de los materiales utilizados y de déficits en las técnicas de construcción (humedad, filtraciones en los techos, problemas con las cloacas), cuya reparación resulta difícil para los hogares por sus bajos ingresos.

... unas partes de las cosas de las casas están muy mal hechas... es mala la calidad de las cosas. Muy mala. Desde que se inauguraron la gente no sabe lo que es que no se les tapen las cloacas. Viven con las cloacas tapadas (Paloma).

Las casas son lindas pero no son buenas, porque todo se rompe (Tania).

Nuestras observaciones y los testimonios de los habitantes del barrio confluyen con las conclusiones de un informe técnico realizado sobre las viviendas de este barrio (Degano, 2014). El mismo dio cuenta de la aparición prematura de patologías constructivas, deficiencias evidentes y falta de estrategias basadas en criterios de sostenibilidad. El relevamiento realizado mostró que las viviendas no cumplían con los estándares de acondicionamiento térmico de las normas IRAM requeridos para catalogar a las viviendas en el nivel de menor exigencia. En tal sentido, entre otras cuestiones, observaron que: la totalidad de las viviendas no tenía medidor eléctrico, conectándose directamente a la red eléctrica; la mayor parte de las viviendas, aunque tenía

gabinete para gas, utilizaba garrafa de 10 kg conectada directamente a la cocina; se verificó la existencia de humedad, deterioro de los cielorrasos, especialmente alrededor de algunas cajas centrales de luz, debido a filtraciones de la instalación de los baños en la planta alta, filtraciones interiores por fallas en la ejecución de las cargas, oxidación de las carpinterías por no contar con tratamiento antióxido.

Relacionado con lo anterior, las observaciones realizadas durante el trabajo de campo y varias referencias de las informantes permitían advertir un acelerado deterioro por la dificultad de sostener los gastos de mantenimiento y de reparación.

Para completar la caracterización de las situaciones de pobreza cabe señalar que la mayor parte de los hogares continuaba en una situación de pobreza por ingresos.

A partir de las entrevistas realizadas desde 2008, que se concentraron en los hogares que residían en las viviendas del PFV, podemos afirmar que los perfiles ocupacionales predominantes en el barrio seguían siendo precarios, inestables y con ingresos que no alcanzaban a cubrir el costo de la canasta básica de bienes y servicios: “Acá la mayoría de la gente sigue trabajando del carro, y es poca la gente que tiene un sueldo fijo. El que no trabaja en el mercado, trabaja en el carro, o ahora en las cooperativas. Pero el día que se acaben las cooperativas...” (Marcela).

Los planes de empleo seguían concentrando a una proporción significativa de trabajadores, especialmente en las cooperativas municipales.⁸

También se mantuvo el trabajo en la construcción y la recolección de cartón y botellas, desarrollada por cuenta propia sin haber logrado constituirse como cooperativas. El diseño del conjunto habitacional no tuvo en cuenta esta última actividad a la que se dedicaba una importante proporción de habitantes del barrio, la que aportaba no solo dinero sino también otros recursos que obtenían durante el circuito, tales como alimentos, ropa, útiles escolares y mobiliario.

Las dimensiones, diseño y distribución del espacio de las viviendas resultó poco ajustado a las necesidades de estos trabajadores: no poseían entra-

⁸ Estas cooperativas fueron creadas en 2007 bajo el gobierno municipal de J. Alak, quien impulsó 16 cooperativas destinadas a la limpieza y mantenimiento de las delegaciones municipales. Dichos trabajadores, a través del Monotributo Social, accedían a seguro, mutual y jubilación.

da independiente a la parte trasera del terreno, donde se ubicaba el patio y el pequeño espacio verde. Esta situación tuvo respuestas disímiles por parte de estos vecinos: algunos carreros debieron ingresar por la puerta principal de la vivienda a los caballos y materiales recolectados para depositar en el terreno trasero. Otros, reemplazaron el caballo por la tracción del carro manual o con una bicicleta. Finalmente hay quienes abandonaron por completo el cirujeo, incorporándose en algunos casos a cooperativas municipales de trabajo. Claramente esta última situación supuso una ruptura más radical y sustantiva en la vida de las familias, tal como se desprende del siguiente testimonio:

E: Está bien. Y me decías que por ahí, también tienen que salir con el carro... ¿siguen de vez en cuando saliendo con el carro?

Ia: No, porque... me acuerdo que cuando nos mudamos acá, nos habían dicho que no se podía tener carro y caballo, y qué sé yo... Entonces empezamos a vender, todas esas cosas las empezamos a vender.

Ib: Al caballo lo vendimos, y al carro también.

Ia: O sea, nosotros salíamos en el carro, pero al venir y decirnos 'miren que el caballo y el carro no se pueden tener en la casa', tuvimos que venderlo todo. Y eso nos costó, porque eso nosotros por semana, podíamos ir y comprarle la comida a los chicos. Es un buen beneficio la casa, pero a la vez no, porque nos cortó nuestro... nuestra forma de vida, que teníamos nosotros. Y ahora, mal no estamos, porque mal, si vamos al caso... a veces... bueno, hoy... un ejemplo, hoy no tenemos... Mis hijos picotean lo que ven, lo que haya (Lola).

Contrastando con esta posición, por ejemplo Alberto, jefe de hogar cartonero, planteó que la adjudicación de la nueva vivienda lo llevó a motorizar un cambio manteniendo la actividad; dejó de salir a cirujear con el caballo para pasar a hacerlo a mano. Sin embargo, su lectura del cambio, a diferencia del caso de Lola, es más bien positiva. Según él, disponer de una vivienda que restringía el paso de los animales, lo llevó a abandonar el caballo, reivindicando que en su terreno no había olores fuertes, ni excrementos, etc., algo que, según él, los vecinos debían imitar.

Tal como se desprende de este apartado, el PFV representó un cambio positivo en las condiciones de vida de estos hogares pobres; indudablemente el hábitat se transformó sustantivamente y esto ha sido muy valorado por las

personas entrevistadas. Sin embargo el plan ha descuidado aspectos importantes, tales como las posibilidades de mantenimiento de la vivienda a largo plazo y la complementariedad entre el lugar en el que se vive y el tipo de trabajo que se realiza, trayendo esto consecuencias de todo tipo: desde no disponer de una fuente de recursos que muchos tenían a mano por verse impelidos a abandonarla, hasta duplicar esfuerzos en la realización del trabajo, teniendo en cuenta el mayor desgaste físico que implica la tracción manual del carro.

Exclusión, derechos y ciudadanía

A partir del año 2002, el Estado promovió políticas sociales dirigidas a afianzar un sistema integral de protección social que garantizara derechos económicos, sociales y culturales, con el objetivo de atender aquellos derechos incumplidos que reclamaban respuesta como el derecho al trabajo decente y a un hábitat digno.

En el caso analizado, consideramos el derecho a un hábitat digno, teniendo en cuenta no solo el acceso a una vivienda “adecuada” sino también los mecanismos de selección de los destinatarios y de adjudicación, las condiciones legales en relación a la propiedad de las viviendas y la participación de los vecinos en el proceso.

Como señalamos en la introducción, los municipios han tenido un rol central en la gestión del PFV. La articulación de la gestión local con las instituciones nacionales y provinciales de financiamiento y supervisión estuvo y está atravesada por afinidades y conflictos políticos. En el barrio, los testimonios recogidos pusieron de manifiesto tal tensión.

Así, la dilación en los plazos de entrega comentados anteriormente obedeció, según los vecinos, a los conflictos entre el gobierno nacional y el municipal, al desvío de los fondos girados al municipio desde el gobierno nacional hacia otros gastos y al incumplimiento en el pago a las empresas contratadas.

Sobre esto, los vecinos intentaron incidir en numerosas oportunidades, organizándose para presionar a través de distintas modalidades de reclamo y protesta: cortes de calles, movilizaciones a las sedes de los gobiernos provincial o municipal con petitorios por las viviendas prometidas, etc.

Fuimos a la casa de gobierno a reclamarle al ministro por la finalización del plan de vivienda. Piensan que somos ignorantes, nos quieren

manejar como si fuésemos cabecitas. ¿Por qué no dieron el dinero a las cooperativas del Argentina Trabaja? Nosotros habíamos pedido la autoconstrucción. Pero como es un proyecto nacional nos dijeron que sí o sí tienen que trabajar las empresas que ellos habían contratado. Esto vino implantado, no nos dieron la posibilidad de autoconstrucción (Marcela).

Con relación a la adjudicación y en línea con lo que plantea Cravino (2012), las decisiones de los criterios de asignación de las viviendas en el marco del programa fueron de carácter municipal. Sin embargo, en el barrio estudiado también tuvieron gravitación en la adjudicación y entrega de viviendas unos pocos referentes barriales, en coordinación con las autoridades municipales. A ello atribuyeron los vecinos la discrecionalidad y las irregularidades en ese proceso, considerando que en algunos casos no se siguieron los criterios pautados.

Otra de las cuestiones sensibles para quienes accedieron al PFV remitía a la incertidumbre sobre la propiedad de la vivienda debido a la carencia generalizada de certificación que lo acreditara. La mayoría disponía de un documento de pre-adjudicación entregado por el municipio. Sin embargo la adjudicación definitiva, conforme la segunda cláusula de ese documento, estaría a cargo del Instituto de la Vivienda de la provincia, institución que hasta fines de 2015 no había avanzado al respecto. Esta vulnerabilidad jurídica no ha hecho más que perpetuar la incertidumbre de los habitantes del barrio, ya que formalmente no son dueños de su vivienda. Si bien el PFV ha procurado ampliar ciertos derechos, la precariedad jurídica en la que todavía se encontraban –al menos luego de 5 años de la adjudicación– tornaba incompleta tal ampliación, percibiéndose en muchos casos como ocupantes “ilegales”.

... y yo estoy bien, gracias a que me dieron esta casita... hasta ahora no estamos pagando, pero no sé cuándo vamos a empezar a pagar. Pero a mí me gustaría pagar, y a la vez también pagar de la luz... de todas esas cosas... y hasta ahora no. Es como decir que estaríamos viviendo de prestados digamos... pero es como te digo, como yo vivo acá, y no tengo seguridad, no tengo seguridad porque la casa uno va a venir, y te saca las cosas que tenés y, ¿cómo voy a reclamar yo? (Rosario).

... no, eso es lo que iba a preguntar. Porque cuando yo fui a preguntar una vuelta, me dijeron que... como esto... yo quiero tenerlo a mi nombre, pero yo fui a Edelap, y me dijeron ‘no, porque es barrio desconocido’.

A mí no me dieron nada. Lo único que me entregaron es la llave de la puerta. Porque por ejemplo, yo me compré la moto en buena ley, y tengo una carpeta así con todos los papeles guardados... Pero no sé si van a dar, no van a dar. La verdad, no sé nada. Porque yo la moto la compré con una carpeta que me ofrecieron, que le pago la patente, todo... Y así me gustaría tener para mi casa, pero no sé cómo van a hacer. Porque ese tema me olvidé de preguntarle yo al arquitecto que vino la vez pasada. A mí me preocupa el tema, aunque sea tener un papel que diga... poner un certificado, con mi nombre, y como que me dieron la casa. Pero a mí lo único que me dieron en ese momento fue la llave. Y a mi hijo le habían entregado una carpetita, pero era como que tenía el dibujito de la casa, nada más (Lila).

La informalidad en la tenencia de la vivienda limita el acceso formal a servicios básicos, reforzando la percepción de inseguridad y de desprotección jurídica. El siguiente testimonio da cuenta claramente de esto:

E: Está bien. ¿Y te dieron título, te dieron algo?

I: Eh... como una copia me dieron... Porque yo fui a averiguar por la luz y me dijeron que no, que no me correspondía, porque hasta que no se entregue la última vivienda ellos tenían que... Pero le digo 'si a mí se me quema un artefacto o algo, ¿a quién reclamo yo?' y me dice 'no sé, tendrías que abonar, pedir reloj, medidor, con la escritura'... 'Pero escuchame', le digo, '¿escritura? Yo vivía en una casilla, y yo llegué a tener el medidor en la casilla...'... 'Bueno, pero como son las viviendas estas del Plan Federal, no'. No podemos adquirir la luz como corresponde... porque dicen que nosotros estamos como subsidiados... en ese sentido (Paloma).

Claramente lo que está en juego en estas interpelaciones es la disputa por la igualdad y por la aplicación de este principio en las políticas sociales. Para los habitantes del barrio la carencia del título de propiedad y la imposibilidad de efectuar el pago en cuotas de la vivienda, tal como se había previsto, potencia la vulnerabilidad y perpetúa la situación de exclusión.

El acceso a la vivienda significa algo más que contar con "la casa de material", representa también el acceso a la propiedad como sustento jurídico

y simbólico. En tiempo presente se traduce en tener el título de propiedad, proyectándose como herencia para las subsiguientes generaciones: “Yo creo que la mejor herencia que le puedo dejar a mis hijos es una casa donde ellos puedan estar tranquilos, donde mañana no tengan problemas con nadie, y voy a pelear a muerte para tener mi casa” (Victorio).

Así, la alta valoración y estima social que se le otorga en este contexto a la casa propia deriva de su capacidad para compensar las exclusiones sociales vividas, así como por otorgar seguridad a su propietario. Todas las formas de exclusión social acrecientan el sentido del riesgo permanente. La inseguridad (...) que atraviesa a las sociedades contemporáneas en casi todos los grupos sociales, es aún más intensa en los grupos sociales excluidos. Por eso, la casa propia acrecienta su valoración como algo que reduce la inseguridad (Lindón, 2005, p. 9).

A grandes rasgos, el PFV cubrió solo parcialmente el derecho de un conjunto de ciudadanos al “hábitat digno”. Para completar este proceso necesariamente se debe avanzar, entre otras cuestiones, en la formalización del derecho a la propiedad de la vivienda y de acceso a servicios básicos.

Exclusión y estigma

Pertenecer al Barrio Esperanza tiene relevancia en términos de la identidad social asociada al mismo. Desde el afuera el barrio es percibido como un todo homogéneo. El estigma barrial excede la consideración puramente económica de la pobreza; a quienes habitan allí se les proyectan atributos ligados a la racialización, la desviación moral, la peligrosidad, etc.

La frecuente mención del barrio en los medios gráficos locales por robos, razias, homicidios, venta de drogas, peleas entre punteros políticos y piquetes refuerzan la percepción generalizada de sus habitantes sobre la base de un conjunto de categorías estigmatizantes.

Hacia adentro sus habitantes establecen criterios de demarcación simbólicos que regulan y orientan las interacciones en su interior reproduciendo, como señalan Casabona y Guber (1985), el prejuicio mismo dentro del medio perjudicado. En general, quienes viven allí se refieren al lugar como “el barrio”, y reservan la noción de “villa” para aludir a ciertos sectores del mismo. Esa forma de nombrar el espacio en el que viven representa algo más que una

simple nominación, permite vislumbrar un modo de producir identidad: ellos se ven a sí mismos como sujetos pobres que viven en un “barrio” pobre que convive con “villeros” (sucios, delincuentes, vagos e ignorantes). La villa perturba, la percepción generalizada de que constituye la representación más indeseable del desorden (Merklen, 1997) es compartida por algunos vecinos.

Al difundirse el PFV, un vecino, oscilando entre la compasión y la meritocracia- comentó:

Vos pasarás con un helicóptero y dirás: Pobre esa gente, ‘mirá esa villa que se ve allá abajo. Uh, vamos a cambiarla, le vamos a dar unas casitas’... pero no van a dejar de ser las mismas personas por más que les cambien las casas. Van a seguir siendo los mismos, la misma gente... Igual el que era croto antes, es croto hoy y va a ser croto mañana, así que por más que pase el basurero todos los días va a quemar la mugre en el fondo de la casa con tachos de nafta. Es así (Victorio).

En línea con este testimonio, otra vecina asocia algunos casos de venta de la nueva casa al deseo de seguir siendo “villero”.

I: Y el asunto de las casas ¿cómo te parece que hizo cambiar el barrio?

N: No, dentro de todo bien. Porque antes era un mugrerío, y ahora la gente las cuida las casas (...). Dos o tres que se han ido porque no... como yo digo, el que nació villero, va a morir villero, mugriento, y no le gusta tener un cambio. Porque si nacieron entre cuatro chapas yo pienso que querés lo mejor para tus hijos, no ir de vuelta a meterte a un rancho... a cambiar la casa como si no valiera (Nora).

No obstante el sentido negativo que se expresa arriba, otros manifestaron sentidos positivos de la “villa”, exaltando rasgos que la diferencian del afuera.

Pero dentro de todo, vos escuchás la gente así, la gente de plata, así, dice: ‘¡ah, la villa..!’, qué sé yo, pero vos viste, vos vivís, ponele, vos vivís en un barrio, todo de asfalto, todo, la gente no se da ni bola, hola y nada más. Hola y chau y nada más. Acá en la villa, ponele, uno se entera que aquel no tiene ni para comer o que está enfermo el hijo, y el otro va y lo ayuda. O le da un paquete de fideos (Delfina).

La imagen de solidaridad que se desprende de esta cita, opera de manera contrastiva con el afuera, pero vale destacar que al interior del barrio, el PFV contribuyó a reforzar las fronteras con los inmigrantes de países vecinos.

Es una forma de... ponerle que es un racismo terrible... acá, desde que yo estoy viviendo en el barrio, hace 17 años, siempre hubo esa pica con los paraguayos, con los bolitas, con los peruanos... siempre. Será porque ellos laburan, se desloman, tienen cosas, adelantan y ellos van quedando, quedando así... pero no es la culpa de ellos. Si vos no trabajás, no hacés nada por tu vida, los demás no tienen la culpa (Martina).

En el caso de un grupo de familias bolivianas, el patrón de residencia segregado dentro del barrio se recreó con mayor claridad posibilitando a las mismas mayor tranquilidad y seguridad relativas en sus vidas cotidianas.

...fue un poquito menos la inseguridad o el temor de nosotros acá, de la gente. Hay menos en esta zona. Antes sí. No podías salir ni de madrugada para trabajar porque ya te quitaban algo, o te molestaban... con los que nosotros estamos acá en el centro del barrio, no se siente nada. O sea, esta cuadra es de puro gente de Bolivia. Yo vivía allá adelante y sufría... todo lo que padecimos allá adelante. Acá es una paz. Un bálsamo... porque esto de acá, es totalmente diferente a lo que pasa, digamos, del asfalto para aquel lado... cuando nosotros antes decíamos 'el fondo', ahora nosotros decimos 'allá adelante'... allá es donde se arman todos los líos (Marisol).

Las mejoras experimentadas en sus condiciones de vida inhibieron o resistieron el impulso a mudarse.

Yo digo, yo voy a morir acá. Únicamente que, como te digo, que se pueden venir los chicos malos y decir 'bueno bolitas, se van'... y puede ser ahí... pero a otro lado, así... Un tiempo hubo, que así los de atrás nos sacaron las casitas. Bueno, cuando nos sacaron, nosotros pensábamos... mi marido decía 'yo me voy'. Yo no voy a dejar mi casa, aunque me maten, yo me quedo en mi casa. Yo, todas las cosas que tengo, todo lo que compré con mi sacrificio, yo no les voy a dejar a ellos, le digo... prefiero quemarlo, o hacer cualquier cosa, pero dejar aquí no, dije (Rosario).

La segregación interna se acompañó además de otra más radical: muchos hogares de residentes bolivianos y paraguayos fueron expulsados del barrio a través de diversas tácticas de amedrentamiento sumamente violentas como el robo de las viviendas, quema, ocupación compulsiva, etc.: “el primer año que nosotros vinimos acá, quemaron dos casas allá... de paraguayos. (...) Por miedo vendieron, se fueron... un montón” (Marisa). De aquí que para varios de los habitantes, la integración en el nuevo barrio no fue sencilla. Ya sea por su condición étnica-nacional o por su actividad laboral –cirujeo–, una buena proporción de ellos experimentaron situaciones de discriminación y violencia. Si bien esto formaba parte de la dinámica barrial, consideramos que el PFV lo potenció: quienes no se dedicaban al cirujeo no querían vivir cerca de quienes sí lo hacían; se cuestionó el derecho de los inmigrantes a tener acceso a una vivienda, etc. Es decir, se vivió un clima de malestar por no querer compartir el nuevo espacio con aquellos considerados diferentes: “sucios”, “villeros”, “bolitas”, “paraguas”, quienes con base en estas categorías estigmatizantes son considerados no merecedores de los mismos derechos.

El siguiente testimonio, referido a un intercambio entre vecinos y un funcionario municipal, refleja las categorías de “otros” portadores de estigma y las variaciones en el contenido de sus atributos:

Y ahí vino el zapateo también con el asunto del plan de vivienda, ‘¿cómo, y qué vamos a hacer con los carreros? alguien dijo yo no quisiera que me tocara un carrero’ y dice el hombre: ‘no, yo no puedo decir los blancos acá y los negros allá’. Entonces le digo yo, siempre metida, ‘pero no escuchame’, le digo ‘viví vos con una persona... yo no te digo un carrero, porque mi marido es carrero, es cartonero, pero conviví vos con una persona que hace sus necesidades en un balde te los tira en el fondo de tu casa, o que está invadido de ratas y esa persona está acostumbrado a compartir su comida con las ratas’ y ‘no’ me dijo ‘no me pongas en esa situación’ y ‘bueno en esa situación no queremos estar nosotros’ entonces lamentablemente el barrio... entonces el barrio lamentablemente tiene que estar dividido, el que quiere progresar y el que quiere seguir viviendo como está (Paloma).

La nitidez de los límites entre el barrio y su entorno se desdibujaron en cuanto a la fisonomía, a la par que se incrementaron las fronteras sociales y

simbólicas al interior del barrio, oponiendo jerárquicamente a los vecinos según su zona de residencia, diferenciándose el “mejor sector”, con gente “buena”, “trabajadora” de otra que alberga delincuencia y drogadicción.

Reflexiones finales

A lo largo de este capítulo se caracterizaron los cambios que se produjeron en las condiciones de vida y en las relaciones sociales en hogares pobres de un barrio del Gran La Plata, a partir de la implementación del PFV. Fundamentalmente el estudio se concentró en indagar el papel que jugó el PFV en sus condiciones de vida, el tipo de relaciones que promovió el disponer el acceso a un hábitat diferente y en particular una vivienda propia, y si el mismo contribuyó a fortalecer procesos de inclusión social.

Tras desarrollar una caracterización del PFV –objetivos, dinámica de implementación, etc. –, y dar cuenta de las condiciones materiales de vida de las familias del barrio antes de la llegada del PFV –algo que permite dimensionar el antes y el después– se recuperaron las miradas sobre la noción de exclusión social de Minujin (1998) y Casaravilla (2001). Consideramos fructífera su integración para comprender, por un lado, que la situación de inclusión o exclusión social no es dicotómica y global sino que es posible identificar situaciones diversas en las diferentes “esferas” de la vida social, tales como vivienda, trabajo, entre otras; por otro, en línea con lo anterior, que los procesos de exclusión social se vinculan con los conceptos de pobreza, ciudadanía y estigma, tal como lo plantean las miradas latinoamericana, europea y norteamericana sobre dicha noción respectivamente.

Sobre la primera de las miradas, aquella que vincula exclusión y pobreza, se destaca que indudablemente el acceso al PFV fue experimentado como un salto positivo en las condiciones materiales de vida. El pasaje de las precarias casillas de chapa o madera, con pisos de tierra o contrapiso, instalaciones deficientes de los sanitarios a viviendas construidas con materiales sólidos, cuarto de baño y cocina con instalaciones, etc., fue valorado muy positivamente, pese a los importantes problemas edilicios que presentaron (humedades, etc.).

En efecto, en relación a la condición de pobreza estructural (considerada como insatisfacción de necesidades consideradas básicas), en la mayoría de los hogares del barrio el plan modificó las situaciones vinculadas con la cali-

dad de la vivienda y el hacinamiento. La posibilidad de vivir “en una casa de material” y en un entorno urbano con trazado de calles asfaltadas, alumbrado, recolección de basura, etc., era impensada para muchos, y solo se volvió posible con el acceso al PFV. No obstante, todavía persisten manzanas con viviendas precarias, ya sea ocupadas por familias a las que les fueron adjudicadas viviendas del plan pero que todavía no fueron construidas o terminadas, ya sea por familias que ocuparon los terrenos que se iban desocupando por quienes accedían a las viviendas del PFV y construyeron casillas precarias. Así, en algunos sectores del área que comprende la zona estudiada coexiste la fisonomía de barrio con la de la villa.

Se mantiene la situación de pobreza por ingresos de muchos hogares del barrio, dado que el predominio de ocupaciones inestables, precarias y de bajos ingresos los excluye del acceso a la canasta básica de bienes y servicios, quedando el ingreso a un empleo estable y protegido como una cuestión pendiente para esta población.

Sobre la segunda de las miradas, que liga exclusión a derechos y ciudadanía, la presencia del PFV registra una deuda para con los habitantes del barrio. Más allá de las deficiencias constructivas referidas por sus habitantes, hay un aspecto central que plantea la persistencia de la exclusión de ese derecho entre sus destinatarios: la inseguridad jurídica asociada a la falta de escritura u otro documento que acredite su propiedad.

Sobre la tercera de las miradas, que liga la exclusión al estigma, la implementación del PFV puso en evidencia la complejidad de los sentidos construidos sobre los barrios pobres o villas miseria, tanto para sus propios habitantes como para “los de afuera”, así como de las relaciones sociales entre los grupos con diferencias étnico-nacionales. Sobre este último asunto, si bien tales problemas no han sido nuevos en el barrio, la presencia del PFV los potenció, poniendo en el centro del conflicto la disputa de sentidos en torno a quienes son merecedores de ese derecho a la vivienda.

Como plantea Tilly (2000), la desigualdad categorial cobra resonancia por estar en juego la apropiación de bienes y servicios –valorados y escasos– que se asumen privativos, en el mejor de los casos privilegiados, de los “nacidos y criados”.

La reticencia a reconocer el derecho a viviendas financiadas por el Estado a los inmigrantes se acompaña de una serie de dispositivos simbólicos

que les atribuyen características negativas: señalamientos de impureza, rebajamiento e infravaloración, legitimando el *status* inferior de los otros por la posesión de rasgos físicos, sociales o culturales.

La construcción y reproducción de fronteras simbólicas nosotros/ellos crea situaciones de inclusión y exclusión y sostiene los límites materiales, económicos y políticos que separan a los grupos (Reygadas, 2004).

Más allá de las particularidades que el caso aquí analizado puede presentar en términos locales, con este estudio se busca dar cuenta de la complejidad de las formas empíricas que adquieren los procesos de exclusión social, las cuales combinan y ligan de distinta manera pobreza, precarización, desocupación, estigma, apartamiento legal-institucional, auto-exclusión y diferenciación interna.

Está claro que si bien programas como el PFV emprenden un camino que contribuye a consolidar procesos de inclusión social –al menos en lo que atañe al derecho al acceso a la vivienda–, resta que el Estado conciba a los mismos atendiendo a las diferencias sociales y culturales de aquellos a quienes van dirigidos, y promueva políticas activas de promoción de empleo que atiendan a la multidimensionalidad del problema de aquellos que viven en la pobreza.

En tal sentido, en coincidencia con el planteo de Giménez Romero (citado en Monreal Requena, 2014), la exclusión social solo puede revertirse a partir de políticas sociales que, además de cubrir necesidades básicas, trabajen en la integración social; esto es: la generación de cohesión social y convivencia intercultural, mediante procesos de incorporación –en igualdad de derechos, deberes y oportunidades– de sujetos jurídica y culturalmente diferenciados.

Bibliografía

- Berger, P. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Casabona, V. y Guber, R. (1985). Marginalidad e integración: una falsa disyuntiva. En L. Bartolomé (Comp.), *Relocalizados: antropología social de las poblaciones desplazadas* (pp. 145- 164). Buenos Aires: IDES.
- Casaravilla, D. (2001). Sobre villeros e indocumentados: hacia una teoría sociológica de la exclusión social. En A. Borón (Comp.), *Teoría y filosofía*

- política. La recuperación de los clásicos en el debate Latinoamericano.* Buenos Aires: CLACSO.
- Cravino, M. C., Fournier, D., Neufeld, M.R. y Soldano, D. (2001). Sociabilidad y micropolítica en un barrio bajo planes. En Andrenacci, L. (Org.), *Cuestión social y política social en el Gran Buenos*. Buenos Aires: Ediciones UNGS-Al Margen.
- Cravino, M. C. (2012). *Construyendo barrios. Transformaciones socioterritoriales a partir de los Programas Federales de Vivienda en el Área Metropolitana de Buenos Aires (2004-2009)*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus-Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Degano, D. (2014). Del déficit habitacional a la vivienda pública ¿O al déficit nuevamente? Acerca de las condiciones habitacionales de las viviendas realizadas por políticas públicas y su sostenibilidad. *Arquisur Revista*, 4(5), 20-31. doi: 10.14409/ar.v1i5.4491
- Eguía, A. y Ortale, S. (coords.) (2007). *Los significados de la pobreza*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Frediani, J. (2013). La problemática del hábitat informal en áreas periurbanas del partido de La Plata. *Revista Universitaria de Geografía*, 22(1-2), 43-67.
- Lindón, A. (2005). Figuras de la territorialidad en la periferia metropolitana: topofilias y topofobias. En R. Reguillo y M. Godoy (Coord.), *Ciudades translocales: espacios, flujo y representación. Perspectivas desde las Américas* (pp. 145-172). Guadalajara: SSRC-ITESO.
- Lo Vuolo, R., Barbeito, A., Pautassi, L. y Rodríguez, C. (1999). *La pobreza... de la política contra la pobreza* Buenos Aires: CIEPP Miño y Dávila. IDES.
- Minujin, A. (1998). Vulnerabilidad y exclusión en América Latina. En E. Bustelo y A. Minujin (Ed.), *Todos entran. Propuestas para sociedades incluyentes*. Colombia: Santillana/UNICEF.
- Merklen, D. (1997). Un pobre es un pobre. *Sociedad*, 11, 21-33
- Monreal Requena, P. (2014). Pobreza y exclusión social en Madrid: Viejos temas y nuevas propuestas. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 9(2), 163-182.
- Organización de Naciones Unidas (1996). *Conferencia de las Naciones Unidas sobre los asentamientos humanos (hábitat II)*. Recuperado de http://www.un.org/es/events/pastevents/unchs_1996/

- Ortale, M. (2014). Una propuesta para una política social de vivienda inconclusa. La construcción del espacio público y privado y el cooperativismo como claves para su diseño. *Revista Margen*, 72, 1-11.
- Reygadas, L. (2004). Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional. *Política y Cultura*, 22, 7-25.
- Tilly, C. (2000). *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Varela, O. D. y Fernández Wagner, R. (2012). El retorno del Estado. Los Programas Federales de vivienda en el AMBA. En M. C. Cravino (Org.), *Construyendo barrios. Transformaciones socioterritoriales a partir de los Programas Federales de Vivienda en el Área Metropolitana de Buenos Aires (2004-2009)* (pp.10-41). Buenos Aires: Ediciones Ciccus-Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Vilchez, L. (2014). *Alcances y limitaciones del Subprograma de Urbanización de Villas y Asentamientos precarios en el Gran La Plata: un estudio de caso desde la perspectiva de los actores intervinientes* (Tesis de licenciatura). FACHE-UNLP. Recuperada de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>.

Los autores

Dra. Florencia Bravo Almonacid

Socióloga. Docente del Departamento de Sociología y de la Maestría en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Becaria posdoctoral del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de vejez, pobreza y desigualdad social.

Lic. Hernán Andrés Caneva

Sociólogo. Doctorando en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Becario de finalización de doctorado de CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al análisis de discursos e imaginarios sobre el aborto en Argentina.

Lic. Belén Castrillo

Socióloga. Doctoranda en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación en Sociología de la Salud se vinculan con la atención de embarazos y partos.

Lic. María Laura Crego

Socióloga. Becaria doctoral de CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de juventud, educación, pobreza y desigualdad social.

Dra. Amalia Eguía

Antropóloga y socióloga. Profesora Titular del Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (FAHCE-UNLP) y en diversos posgrados de universidades nacionales. Investigadora del CONICET y directora del Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS-CONICET/UNLP). Investiga temáticas de pobreza y desigualdad social, mercado de trabajo y género.

Dr. Matías José Iucci

Sociólogo. Docente del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Becario Post-doctoral del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de políticas sociales, pobreza y desigualdad social.

Dra. Leticia Muñiz Terra

Socióloga. Profesora Adjunta del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FaHCE-UNLP, entre otras unidades académicas de universidades nacionales. Investigadora del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios del trabajo, la perspectiva biográfica, y la desigualdad social.

Dra. María Susana Ortale

Antropóloga. Profesora Titular del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP, entre otras unidades académicas de universidades nacionales. Investigadora de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. Sus temas de investigación se vinculan con pobreza, desigualdades y políticas sociales, abordando especialmente problemáticas alimentarias y de cuidados en la infancia.

Lic. María Laura Peiró.

Socióloga. Docente del Departamento de Sociología la FaHCE-UNLP. Personal de Apoyo CONICET con sede en el IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de trabajo se vinculan al área de metodología de las ciencias sociales y a los estudios sobre juventud, trabajo y pobreza.

Dra. María Eugenia Rausky

Socióloga. Profesora Adjunta del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Investigadora del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de niñez, pobreza y desigualdad social.

Mgter. Diana Weingast

Antropóloga. Profesora Adjunta de la FaHCE y de la Facultad de Psicología de la UNLP. Integrante del Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN) perteneciente a la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC/PBA). Sus temas de investigación centrados en la Antropología de la Salud se vinculan con pobreza y estrategias de atención a la salud/enfermedad.

Se cree que en el marco de un contexto de “institucionalización” y “formalización” de la política social, orientada a afianzar un sistema integral de protección social que garantizara una serie de derechos, se vuelve clave desentrañar las condiciones objetivas y los sentidos implicados en los procesos de implementación de tales políticas.

A fin de comprender y dimensionar el alcance de tal escenario en términos de avances en la superación de la pobreza, de la vulnerabilidad y de la exclusión, en el logro de la equidad de género y de derechos de niños, adolescentes y adultos mayores de hogares pobres -excluidos normativamente de las lógicas reproductivas y productivas y por tanto subordinados y desiguales en distintos sentidos-, planteamos actualizar conocimientos sobre algunas problemáticas previamente indagadas e incorporar otras cuya novedad deriva de cambios legislativos que avanzaron en el reconocimiento de derechos.

La obra contiene el análisis de las siguientes políticas sectoriales: trabajo, salud, educación y vivienda, dirigidas a grupo poblacionales con vulnerabilidades específicas: hogares pobres, niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle, adultos mayores pobres, mujeres en edad reproductiva. Considerando las desigualdades sociales, étnicas, de género y etarias, se indagan los efectos de las mismas en las condiciones de vida, de trabajo, en las relaciones sociales, en la configuración de identidades, en la consecución de derechos económicos, sociales y culturales, meta de cualquier política social comprometida con el logro de igualdad, inclusión e integración social.

